TRAITÉ

COMPLET

D'ACCOUCHEMENS,

ET DES MALADIES

DES FILLES, DES FEMMES ET DES ENFANS.

T. II.

TRAITÉ
COMPLET
D'ACCOUCHEMENS,
ET DES MALADIES
DES FILLES, DES FEMMES ET DES ENFANS;

Par M. GARDIEN, Docteur en Médecine, Professeur d'Accouchemens, de Maladies des Femmes et des Enfans; Membre de la Société médicale de Paris, et de la Société libre des Sciences physiques et médicales de Liége.

Multum restat adhuc operis, multumque restabit, nec ulli nato post mille sæcula, præcludetur occasio aliquid adjiciendi.

SENECA, *Epist.*, lib. I, epist. LXIV.

SECONDE ÉDITION, REVUE ET CORRIGÉE.

AVEC FIGURES.

TOME DEUXIÈME.

A PARIS,

Chez { CROCHARD, Libraire, Éditeur des *Annales de Chimie et de Physique*, rue de l'École-de-Médecine, n° 3;
GABON, Libraire, place de l'École-de-Médecine, n° 2.

1816.



DE L'IMPRIMERIE DE FEUGUERAY,
rue Pierre-Sarrazin, n° 11.

TRAITÉ
COMPLET
D'ACCOUCHEMENS,
ET DES MALADIES
DES FILLES, DES FEMMES ET DES ENFANS.

Considérations sur l'Emploi des médicamens actifs pendant le cours de la grossesse.

La grossesse est une fonction naturelle qui, chez une femme bien constituée qui observe un régime convenable, peut n'être troublée par aucune incommodité. Elle parvient souvent à son terme chez les femmes des campagnes, dont l'exercice continuel facilite singulièrement les diverses fonctions, et même chez celles des villes dont la constitution n'a pas été altérée par leur vie molle et indolente, sans qu'elles éprouvent d'autres infirmités que celles qui sont inséparables de la gêne qui accompagne cet état.

La grossesse n'étant point une maladie, n'exige par elle-même, dans aucune de ses époques, aucun médicament proprement dit, comme saignées, bains, vomitifs et purgatifs. La conduite que tient la femme enceinte peut la dispenser de recourir à ces remèdes, en la mettant à l'abri des maladies qui peuvent nécessiter leur emploi. Mais ils peuvent devenir indispensables aux femmes qui, pour avoir négligé de modérer leurs passions pendant leur grossesse, qui est un des états de

la vie où la sensibilité est plus exaltée, ou pour avoir mené une vie voluptueuse ou trop sédentaire, éprouvent des accidens qui exigent d'être combattus par quelques-uns de ces moyens. Ce sont toujours les complications de la grossesse qui doivent conduire le praticien dans leur emploi.

On ne peut pas non plus déterminer par des règles générales l'époque de la grossesse à laquelle on doit prescrire l'usage de ces médicamens, ni en fixer la quantité. Ils peuvent être avantageux, devenir même indispensables dans tous les temps de la gestation, comme ils peuvent être inutiles, contre-indiqués pendant toute sa durée. Les règles générales qu'ont données les auteurs à ce sujet sont sujettes à des abus nombreux, comme l'a démontré Levret.

Le quatrième mois de la grossesse, le septième et la fin du neuvième sont les époques que l'on avoit fixées pour pratiquer la saignée. Ce que je vais dire de la saignée pratiquée au quatrième mois est également applicable à l'emploi de ce moyen dans les deux autres époques. En employant la saignée chez toutes les femmes enceintes au terme de quatre mois et demi, elle nuiroit à celles qui sont foibles, seroit inutile à celles chez qui il ne se rencontre aucun accident produit par la pléthore. Van-Swiéten, *de Morbis gravidarum*, observe avec raison que tous les accidens de la grossesse que l'on attribuoit à la pléthore, et pour lesquels la saignée paroissoit indiquée, dépendent le plus souvent de toute autre cause. On en trouve une bien plus puissante dans l'état d'irritation, de spasme où se trouve la matrice, et dans la sympathie qu'elle exerce sur les principaux organes du corps. C'est à une exaltation des propriétés vitales de l'utérus que l'on doit le plus souvent rapporter les apparences de pléthore, même locale, que présentent quelques femmes grosses : elle n'est qu'un effet secondaire de cette exaltation. Si la saignée est utile, c'est qu'elle la modère en diminuant la masse. La saignée doit être bornée aux cas de pléthore manifeste, ou à ceux d'un surcroît d'activité dans la matrice.

On doit donc attendre que la pléthore et les effets qui en sont la suite s'annoncent par quelques signes avant de saigner la

femme, puisque le but de cette évacuation est de remédier à cet état. Il est bien plus souvent utile de saigner dans les deux premiers mois qu'à quatre mois et demi, comme on le fait ordinairement, puisqu'en général on voit les accidens cesser à cette époque. Hoffmann observe que l'avortement spontané arrive plus fréquemment vers le troisième mois de la grossesse. Sur dix avortemens, huit surviennent, au rapport de Mauriceau, avant la fin du troisième mois; ainsi la saignée, que les femmes rejettent avant le terme de quatre mois et demi, dans la crainte qu'elle ne leur cause un avortement, seroit au contraire assez souvent le moyen le plus sûr de les en préserver.

La saignée peut devenir indispensable dans les premiers mois de la grossesse si la femme éprouve des maux de tête, des étourdissemens, des lassitudes spontanées, des saignemens de nez, un assoupissement après le repas qui ne lui est pas ordinaire, un goût de sang dans la bouche, et que le pouls soit en même temps plein et dur, la face animée. Si la femme qui éprouve quelques-uns de ces accidens avoit contracté l'habitude de la saignée dans ses grossesses antécédentes, l'indication de la pratiquer seroit encore plus urgente. Si une femme dont les règles sont abondantes et durent sept à huit jours avoit conçu peu de temps avant la menstruation, la saignée seroit le moyen d'assurer la conception, qui est souvent détruite par l'action du sang qui se porte à la matrice au terme ordinaire, et s'annonce par les mêmes symptômes, quoique la révolution menstruelle n'ait pas lieu pendant la grossesse.

Si une femme grosse est sujette à des hémorrhagies qui se déclarent tout-à-coup, si elle a déjà avorté plusieurs fois à raison d'un état de pléthore qui a produit le décollement du placenta, il est prudent de la saigner dans ses grossesses subséquentes, quoiqu'elle paroisse se bien porter, afin de prévenir l'hémorrhagie qui pourroit encore survenir inopinément et amener l'avortement. Mais parce que l'expérience prouve que les femmes pléthoriques ont besoin de saignées pour prévenir l'avortement, faut-il étendre cette nécessité à toutes indistinctement, dont plusieurs ne présentent pas les signes de cette pléthore,

et dont quelques-unes peuvent se trouver dans un état d'épuisement qui la rendroit dangereuse?

Lorsque la saignée est indiquée chez les femmes grosses, on doit préférer celle du bras. Comme plusieurs praticiens sont dans la persuasion que la saignée du pied provoque l'avortement, on ne manqueroit pas d'en accuser la saignée s'il survenoit par la suite, quoiqu'elle n'y eût pas contribué, et que la cause qui l'auroit produit fût évidente. L'opinion où l'on est que la saignée du pied peut produire l'avortement est peu d'accord avec ce que l'on observe chez les filles devenues grosses contre leur vœu, qui ne laissent pas de porter jusqu'au terme ordinaire, quoiqu'elles réussissent toujours, en feignant quelques indispositions, à se faire saigner du pied. On trouve dans Mauriceau des exemples de femmes dont on ignoroit la grossesse, et qui ont été saignées jusqu'à dix fois du pied, qui ont pris beaucoup de bains dans l'intervalle, et qui n'ont pas laissé de porter leur enfant jusqu'au terme naturel.

Ceux même qui conviennent que l'on ne doit saigner les femmes enceintes qu'autant que des signes de pléthore se manifestent, pensent que celle que l'on pratiqueroit à la fin du dernier mois de la grossesse seroit la mieux indiquée. Cette manière de s'exprimer me paroît encore trop vague; elle semble insinuer qu'on peut la faire avec avantage chez toutes les femmes aux approches de l'accouchement, tandis qu'il en est auxquelles il est nécessaire de donner des analeptiques, des toniques, si l'on veut faciliter l'accouchement, et prévenir des accidens graves à la suite des couches. Si l'on saigne plus fréquemment avec avantage à certaines époques de la grossesse que dans toute autre, c'est que les accidens qui présentent cette indication se rencontrent plus souvent.

On regarde assez généralement la saignée pratiquée dans le dernier mois de la grossesse comme convenable pour prévenir les hémorrhagies qui accompagnent l'enfantement, et comme propre à avancer l'accouchement d'une quinzaine de jours. La saignée pratiquée avant l'accouchement ne convient, pour arrêter les pertes qui accompagnent le travail ou qui lui suc-

cèdent, qu'autant qu'elles seroient actives, et que dans ce cas même, elles dépendroient plutôt de la vigueur de la constitution que de l'irritabilité trop grande de l'utérus. Mais le plus souvent les pertes que l'on remarque pendant les couches sont la suite de l'inertie de la matrice. Quand l'accélération de l'accouchement seroit un effet constant de la saignée (ce qui est loin d'être prouvé), je pense que l'on ne devroit pas l'employer dans cette vue seulement. On ne doit jamais déranger la nature dans sa marche lorsqu'elle est régulière.

Les purgatifs, les vomitifs, comme la saignée, ne sont affectés à aucune époque de la grossesse. S'ils sont quelquefois nécessaires, comme je le ferai voir en traitant des accidens qui pervertissent cette fonction, il est aussi plusieurs femmes qui n'en ont pas besoin pendant tout le cours de la gestation. Lorsque les purgatifs sont indiqués, on peut les employer dans les trois premiers mois, et dans les deux derniers mois de la grossesse, malgré l'autorité d'Hippocrate, qui en bornoit l'usage du quatrième au septième mois. Le précepte donné par Hippocrate, et adopté par Puzos, de saigner la femme enceinte avant de la purger, ne doit aussi être adopté qu'autant que quelque symptôme indiqueroit son utilité. Puzos et Antoine Petit regardent les purgatifs comme nécessaires pendant le neuvième mois pour mettre les femmes à l'abri des accidens qui se manifestent après les couches, qui reconnoissent le plus souvent pour cause un amas de saburres dans les premières voies. Ces remèdes sont utiles chez celles où l'on rencontre des complications gastriques, inutiles chez celles qui n'en présenteroient pas. Ce conseil doit être rejeté, parce qu'il est trop général.

On peut aussi donner les vomitifs lorsqu'ils sont indiqués. Les craintes des anciens sur le vomissement sollicité par l'art chez les femmes enceintes étoient fondées, parce qu'ils employoient pour le provoquer des moyens trop violens, tels que l'euphorbe et l'ellébore. Mais aujourd'hui qu'on use de moyens plus doux, on ne doit pas craindre qu'ils produisent l'avortement, comme quelques modernes le redoutent, s'ils sont bien indiqués et administrés avec les précautions conve-

nables. On ne pourroit pas remédier à l'embarras gastrique en substituant des purgatifs répétés aux vomitifs, comme ils le conseillent pour les femmes grosses. L'expérience apprend qu'il est certains embarras gastriques qui ne cèdent qu'à l'émétique. Ne devroit-on pas être rassuré en quelque sorte sur les craintes que l'on a cherché à inspirer sur le vomissement artificiel, par celui qui leur arrive spontanément pendant les quatre premiers mois, et qui ne cause presque jamais l'avortement ? Quelques auteurs prétendent que ce dernier diffère essentiellement de celui que procurent les moyens de l'art. Le premier est doux, disent-ils, et semble se faire par une simple contraction de l'estomac, tandis que l'autre ne s'opère qu'avec la participation des muscles du bas-ventre. On diroit que le premier est une fonction naturelle, tandis que l'autre est une maladie convulsive. En convenant que ces différences ont quelque réalité, je n'en établis pas moins que l'expérience a prouvé que l'on peut faire vomir les femmes grosses, s'il y a indication, sans qu'il en résulte aucun inconvénient. Les filles devenues enceintes dans un commerce illicite recourent souvent aux vomitifs les plus actifs, qu'elles répètent plusieurs fois pour se faire avorter, mais presque toujours en vain, quoique les secousses violentes sollicitées par l'art ne soient pas secondées par une tendance naturelle.

Tous les praticiens sont aujourd'hui d'accord que l'état de grossesse ne contre-indique pas l'usage des lavemens, et qu'il les exige même assez souvent.

On doit appliquer aux bains ce que je viens de dire des moyens curatifs précédens, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas indiqués précisément parce qu'une femme est enceinte, mais parce qu'elle éprouve des accidens, comme coliques violentes, vomissement, etc., etc., dépendans de l'état de spasme qui accompagne la conception. Relativement à l'usage des bains dans la grossesse, il a existé deux préjugés également dangereux. Les anciens les interdisoient scrupuleusement aux femmes enceintes, dans la crainte de les exposer à avorter, en disposant le col de la matrice à s'entr'ouvrir par leur usage. Cette

erreur, funeste aux femmes grosses, persistoit encore au milieu du siècle dernier. Le célèbre Lorry, ayant à traiter une femme grosse tourmentée de coliques, n'osa se décider par lui-même à conseiller les bains, dont il reconnoissoit l'utilité. Il eût sacrifié au préjugé général, si Levret, qu'il fit appeler, n'eût pas été de son avis, ce qui l'enhardit et le détermina à les employer : la femme fut soulagée par leur usage. L'expérience ayant prouvé que l'on pouvoit retirer des avantages des bains dans plusieurs circonstances, ayant fait voir en même temps qu'ils ne causoient pas l'avortement en disposant la matrice à s'ouvrir prématurément, quelques praticiens ne tardèrent pas à tomber dans un excès opposé, en les prescrivant à toutes les femmes enceintes indistinctement, sans attendre qu'il survînt des accidens qui fussent de nature à être calmés par ce moyen relâchant.

Les bains ne conviennent pas par eux-mêmes dans la grossesse qui fait prédominer les fluides blancs : ils sont utiles seulement aux femmes irritables, et dont la mobilité du système nerveux donne lieu à des accidens hystériques. Ils conviennent, vers la fin de la grossesse, à celles chez lesquelles la rigidité naturelle des parties de la génération peut apporter, à l'accouchement, des obstacles que le bain peut faire cesser. On les emploiera vers le commencement, le milieu ou la fin de la grossesse, suivant l'époque où les accidens qui les exigent se déclareront. Les bains employés sans indications, ou à contre-temps, peuvent troubler la grossesse, tandis qu'employés à propos, ils la conservent, en remédiant à l'état de spasme et d'irritation qui menace de la pervertir.

Levret, qui avoit reconnu les avantages que l'on peut retirer du bain général dans quelques cas chez les femmes grosses, est plus timide sur l'usage du bain local, comme celui des jambes et des pieds; des demi-bains, des bains de siége. Les bains de pieds étant convenables pour faire couler les règles qui ont peine à s'établir, ou pour augmenter la quantité de l'écoulement lorsqu'il ne se fait pas en suffisante quantité, il regarde comme imprudent de les employer pendant le cours de

la grossesse, parce qu'il croit qu'ils pourroient produire l'avortement en attirant le sang vers la matrice. Si cet effet étoit réel et constant, on verroit bien peu de filles accoucher au terme de neuf mois. Celles qui ont conçu le dessein criminel de troubler leur grossesse ne manquent jamais de prendre un grand nombre de bains de pieds très-chauds, mais presque toujours sans en obtenir l'effet qu'elles desiroient. Je n'ai jamais craint d'en permettre l'usage aux femmes qui étoient tourmentées de céphalalgie, et j'ai toujours vu qu'elles les ont pris sans inconvénient.

Du Régime que les Femmes grosses doivent observer.

S'il est important de soulager les femmes dans les incommodités qui compliquent quelquefois la grossesse, il seroit encore plus avantageux de les prévenir. Un régime convenable pendant le cours de la gestation peut épargner à la femme la plupart des indispositions particulières à son état. Pour le fixer, on doit avoir égard au temps de la grossesse, à la différence du tempérament des femmes enceintes, et aux différens états où elles se trouvent à chaque terme de la grossesse. Il est d'autant plus essentiel de distinguer différentes périodes dans la grossesse, que chacune d'elles exige un régime particulier, et présente des phénomènes différens, dont la cause varie, et qui réclament des moyens appropriés. C'est faute d'avoir fait cette distinction que les auteurs ne sont pas d'accord sur le régime des femmes grosses. Il n'est utile de prescrire des règles d'hygiène particulières que pour les femmes des villes, chez lesquelles la grossesse présente des phénomènes qui peuvent la faire regarder comme un état maladif.

Le régime des femmes enceintes consiste dans l'usage raisonné et conforme à leur état des six choses qui constituent la matière de l'hygiène, et que l'on a appelées pendant long-temps très-improprement *choses non naturelles.*

Première classe. *Ingesta.* Cette classe comprend les alimens et les boissons. Une femme enceinte doit peu manger dans les commencemens de sa grossesse. L'observation a prouvé que, chez les femmes enceintes qui sont dans l'opinion erronée qu'elles doivent manger pour deux, il survient souvent un

état de pléthore qui devient une cause d'avortement. Le précepte de la sobriété, dans les premiers temps, est puisé dans la nature, qui prive ordinairement les femmes de l'appétit, et leur inspire du dégoût pour les alimens succulens, tels que les viandes, les œufs. La nécessité où l'on est de recourir quelquefois à la saignée pour combattre les accidens qui surviennent dans les premiers mois, prouve également que la modération dans les alimens est indispensable.

Le desir de prendre des alimens est ordinairement plus vif vers le milieu de la grossesse. Si la femme écoute son appétit, qui est quelquefois désordonné, elle est exposée à plusieurs accidens dépendans d'un état de pléthore, comme vertiges, éblouissemens, douleur de tête violente, etc., etc. : en se modérant dans le manger, elle auroit évité ces indispositions. Les femmes doivent manger souvent et prendre peu d'alimens à-la-fois. Elles doivent, en général, choisir ceux qui contiennent beaucoup de matière nutritive sous un petit volume, ceux qui sont plus faciles à digérer, parce que leur estomac est foible et très-irritable. On doit leur interdire les ragoûts trop épicés et la pâtisserie.

Un préjugé généralement répandu défend indistinctement à toutes les femmes grosses l'usage des acides, dans la crainte qu'elles ne soient tourmentées de tranchées après les couches ainsi que leurs enfans. L'exemple des femmes de la campagne, qui en usent habituellement sans être ensuite plus fatiguées par les tranchées que celles des villes qui s'en abstiennent, prouve qu'on ne peut pas accuser le régime de la femme, pendant la gestation, d'en être la cause, non plus que de celles des enfans. Chez les femmes d'un tempérament bilieux, l'usage des fruits acides, tels que fraises, cerises, groseilles, etc., en améliorant leur santé, est utile à l'enfant qu'elles portent. Leur usage est encore avantageux aux femmes grosses qui sont habituellement constipées et qui se plaignent de beaucoup de chaleur dans l'abdomen. Celles-là seules doivent s'en abstenir, auxquelles ils occasionneroient des acidités dans l'estomac.

On ne peut guère entrer dans le détail des alimens dont une femme doit user pendant sa grossesse. Il est inutile d'observer

qu'elle est dispensée du jeûne, et assez souvent de l'abstinence du gras recommandée par l'Église. On ne peut que donner des conseils qui déterminent les alimens les plus convenables dans l'état naturel. Mais on ne peut pas toujours les employer chez les femmes grosses, dont le goût et le tempérament ont été modifiés d'une manière si étonnante par l'état de grossesse, qui est quelquefois une fonction pénible quoique naturelle. On voit des femmes qui ont une répugnance invincible pour des alimens regardés communément comme les plus salubres, et des appétits dépravés qui les portent à desirer ardemment ceux qui constitueroient un mauvais aliment dans toute autre circonstance. Il n'est pas prudent de les forcer à faire usage des alimens pour lesquels elles auroient une aversion très-forte ; ce qui arrive quelquefois dans la grossesse, dont le propre est de changer les sensations : ces alimens, quoique les meilleurs en eux-mêmes, pourroient leur devenir nuisibles. Se comporter ainsi, c'est suivre le conseil donné par Hippocrate, aphorisme 38, section XI : *Cibus et potus paulo pejor, suavior autem, melioribus quidem, sed insuavioribus, anteponendus.*

Les appétits des femmes grosses, en apparence dépravés, sont quelquefois un avertissement de la nature qui instruit des alimens dont l'estomac s'accommoderoit le mieux, et que l'on ne doit pas s'obstiner à leur refuser, si elles ne veulent absolument prendre aucune autre nourriture. Toutes les fois qu'une femme desire ardemment un aliment, on doit tâcher de le lui procurer si l'objet de sa fantaisie ne peut pas lui nuire. Si on ne pouvoit pas se le procurer, ou qu'on crût devoir le lui refuser, parce qu'on le jugeroit évidemment nuisible, on doit s'efforcer cependant de distraire son imagination. Quoiqu'on n'ait pas à craindre, en refusant aux femmes l'objet de leur appétence, que le fœtus en porte les marques, comme la plupart d'elles sont dans la persuasion que ces envies non satisfaites peuvent influer sur la conformation de leur enfant, cette idée, quoique fondée sur un préjugé, nuiroit néanmoins au repos et à la santé des femmes enceintes.

Quand on regarderoit comme constant que les effets de l'ima-

gination d'une femme enceinte ne peuvent pas se transmettre au fœtus, on conçoit cependant qu'une grande agitation, soit qu'elle soit occasionnée par des envies, ou par la vue d'un objet dont elle auroit été épouvantée, peut entraîner des altérations physiques dans la constitution de la mère. N'est-il pas raisonnable de penser que le dérangement physique de la mère peut causer des impressions fâcheuses au fœtus, et peut influer sur sa nutrition, sa vie, et peut-être sur sa conformation?

Si je regarde comme extrêmement important pour l'enfant lui-même de s'efforcer de tranquilliser les femmes qui sont, pendant leur grossesse, tourmentées d'envies qu'elles ne peuvent satisfaire, ce n'est pas que je croie, avec le vulgaire, qu'il existe entre l'imagination de la mère et l'envie dont elle a pu être agitée, un rapport propre à produire sur le corps de l'enfant une empreinte de même forme et de même couleur que l'objet desiré. Je crois encore moins que l'influence de l'imagination de la mère sur le fœtus soit telle que, lorsqu'elle desire ardemment un objet quelconque, il se forme une difformité pareille sur la partie de son corps qu'elle vient à toucher dans le moment où son imagination est vivement émue; ce qui l'engage à se garantir de porter la main au visage ou sur toute autre partie apparente du corps. Comme le dit Buffon : « Que de figures singulières ne verroit-on pas si les » vains desirs de la mère étoient écrits sur la peau des enfans »! Comme l'observe M. Salgues, dans son *Traité des Erreurs et des Préjugés*, page 28 : « Dans quelque lieu du monde » que ce soit, on observe les mêmes caprices de la nature, les » mêmes signes extérieurs, les mêmes formes étrangères. On » voit naître des enfans avec des taches de vin dans des contrées » où on ne boit pas de vin, avec des grappes de groseilles ou » de raisin dans des pays où on ne mange ni groseilles ni raisin. Il faut donc imputer ces phénomènes à d'autres causes » qu'aux envies de la femme ».

On doit encore moins admettre que les taches qui ont quelque ressemblance avec des fruits changent de couleur à l'époque de la maturité de ces fruits, et croissent avec eux. La cou-

leur et le volume de ces excroissances, dont je parlerai en traitant des vices de conformation des enfans nouveau-nés, changent toutes les fois qu'une cause quelconque a accéléré la circulation et y porte le sang en plus grande quantité; ce qui arrive assez souvent au printemps. Elles deviennent plus rouges pendant les chaleurs de l'été, à l'approche des règles, dans la colère et autres passions vives de l'âme. Les taches cutanées, connues du vulgaire sous les noms de *marques*, de *seings*, que les enfans apportent en naissant, sont un vice organique de la peau, dont le système vasculaire veineux a éprouvé une dilatation variqueuse.

Les boissons chaudes doivent être interdites aux femmes enceintes, parce qu'elles affoiblissent l'estomac, dérangent les digestions. Les boissons à la glace leur seroient encore plus nuisibles; elles pourroient leur causer des coliques violentes et l'avortement. Les liqueurs spiritueuses peuvent leur occasionner des pertes qui détruiroient l'embryon. Les femmes qui se livrent à ces excès deviennent rarement mères; elles doivent seulement user d'un excellent vin vieux qu'elles tremperont modérément. On peut permettre l'usage du café à celles qui en ont contracté l'habitude : elles auront l'attention de le couper avec une plus grande quantité de lait dans les premiers mois, pendant lesquels elles éprouvent des symptômes d'irration si prononcés : peut-être la prudence dicteroit-elle d'en suspendre l'usage chez celles où la susceptibilité nerveuse s'exalte d'une manière alarmante.

Deuxième classe. *Circumfusa* L'air que les femmes enceintes respirent doit être pur : il peut leur nuire par les exhalaisons qui s'y mêlent, ou par ses qualités physiques dépendantes de sa chaleur, de son refroidissement, de son humidité et de ses vicissitudes. Un air chargé d'exhalaisons putrides les dispose à avorter; le séjour dans des lieux marécageux, dans le voisinage des tanneries, des mégisseries et autres lieux infects leur est nuisible. Si elles sont fixées par état dans ces lieux, elles doivent choisir la pièce de l'appartement qui est moins exposée à ces émanations. Toutes les odeurs, mêmes

les plus suaves, sont nuisibles aux femmes pendant leur grossesse, comme à la suite des couches, et ont souvent produit des spasmes, des syncopes. La grossesse pervertit aussi quelquefois les fonctions de l'odorat, et l'on voit des femmes être affectées désagréablement par des odeurs qui leur plaisoient auparavant.

Un air trop chaud et renfermé rend l'exercice des fonctions languissant. Un air très-froid ou humide cause des affections catarrhales de la poitrine, suivies de toux dont les secousses violentes peuvent produire l'avortement.

Troisième classe. *Gesta.* Cette classe comprend la direction du mouvement et du repos, du sommeil et de la veille.

Un exercice modéré pendant la grossesse est le moyen le plus sûr d'écarter une partie des incommodités qui l'accompagnent quelquefois. Le défaut d'exercice, qui est un vice de l'éducation des femmes riches, leur est encore plus nuisible dans la grossesse que dans tous les autres états de la vie, et les expose à des maladies pendant la gestation et après. Si les femmes de de la campagne accouchent plus heureusement, si elles éprouvent moins d'infirmités pendant leur grossesse, si elles ont plus rarement besoin de la saignée, elles doivent cet avantage à l'exercice continuel qu'elles font. L'exemple de ces femmes, qui ont des accouchemens naturels et prompts, quoiqu'elles soient souvent prises des douleurs de l'enfantement au milieu des travaux champêtres auxquels elles se sont livrées pendant toute leur grossesse, prouve combien est pernicieux le précepte donné par Mauriceau, qui défend tout exercice aux femmes dans les deux derniers mois, et qui les oblige à garder le lit, ou au moins la chambre, pour éviter les mauvaises positions que peut prendre l'enfant en exécutant le mouvement de culbute qu'il croyoit s'opérer à cette époque. Un exercice modéré, en affermissant la santé de la mère, favorise en même temps le développement de l'enfant.

Elles doivent seulement éviter les travaux pénibles, de lever des fardeaux trop pesans. En effet, chez les femmes des campagnes, les avortemens sont toujours dus à une violence extérieure. Les femmes grosses doivent s'interdire une danse im-

modérée. Cet exercice n'auroit pas autant d'inconvéniens chez les danseuses par état : elles ont acquis, par l'habitude, une légèreté qui rend les mouvemens moins violens, parce qu'elles tombent toujours sur la pointe des pieds. Chez les femmes des villes, au contraire, les passions qui les assiégent sont la cause la plus fréquente des avortemens qui leur arrivent. L'exercice et le travail les mettroient à l'abri de cet accident, en les préservant des passions, qui sont les compagnes inséparables d'une vie oisive.

Les femmes enceintes, qui sont plus portées au sommeil que dans tout autre temps, doivent éviter des veilles prolongées. Les jeux qui se continuent fort avant dans la nuit, outre cet inconvénient, en offrent encore deux autres, savoir une application trop forte et la respiration d'un air malsain. Il n'est pas indifférent pour elles de prendre la même quantité de sommeil le jour ou la nuit: cette dernière est bien plus propre au repos que le jour.

Quatrième classe. *Applicata.* Les vêtemens des femmes enceintes doivent être assez lâches pour ne comprimer ni la gorge ni l'abdomen. Les effets fâcheux de la pression sur les seins se font surtout remarquer chez celles qui, après leur accouchement, se chargent de fournir à leur enfant le lait que ces organes doivent sécréter dans l'ordre naturel. La mode sauve aujourd'hui les femmes des inconvéniens attachés à l'usage des talons hauts, dont la raison n'avoit pu les garantir pendant long-temps. Les vêtemens qui compriment fortement l'abdomen exposent la femme à l'avortement, parce qu'ils empêchent la matrice de se développer et de se porter en avant, comme elle doit le faire dans l'état naturel. Les anciens avoient senti combien il est important de ne pas trop serrer les vêtemens ; car le mot *enceinte*, par lequel ils désignent une femme grosse, veut dire *sans ceinture*, selon son sens originaire. En effet, les dames romaines portoient une ceinture qu'elles plaçoient au-dessous des seins, et qu'elles serroient fortement. Dès qu'elles avoient conçu, la loi les obligeoit à ne plus porter cette partie de leurs vêtemens.

Cinquième classe. *Excreta*. Les excrétions sont naturelles ou artificielles. J'ai déjà indiqué comment les femmes grosses doivent user de ces dernières. La constipation pouvant avoir chez elles des suites fâcheuses, il est important de leur tenir le ventre libre par des lavemens lorsqu'elles ne vont pas à la selle tous les deux jours. On doit aussi leur conseiller de rendre les urines au premier besoin. La grossesse et la suppression des règles les rendent plus épaisses.

Sixième classe. *Percepta et animi pathemata*. Quoique la plupart des faits que l'on cite sur les effets de l'imagination des mères sur leurs enfans soient exagérés et faux, je regarde cependant comme très-important d'éviter soigneusement tout ce qui peut agiter vivement une femme enceinte : on ne doit pas exposer à ses yeux des individus mutilés, contrefaits, épileptiques. Comme les femmes sont dans la persuasion que la vue de ces objets peut causer chez leur enfant la même difformité, leur imagination est violemment agitée toutes les fois qu'un objet hideux, contrefait, s'est présenté à leurs regards. Or, on ne peut pas douter que cette agitation violente ne puisse exercer une influence pernicieuse sur l'enfant. Le fœtus jouissant d'une vie commune avec sa mère, on conçoit que tout ce qui peut occasionner chez elle des désordres, peut égalemet se transmettre à lui par la circulation.

Il est généralement reconnu que des enfans ont été attaqués de convulsions pour avoir sucé un lait que la colère avoit altéré. Mais si l'on conçoit que les passions de la nourrice peuvent exercer une influence funeste sur l'enfant, il n'est pas plus difficile de concevoir l'influence que je prétends être exercée sur l'enfant par l'imagination de la mère, toutes les fois qu'elle est violemment agitée par un objet quelconque, puisque ce trouble peut altérer ses humeurs comme les passions de la nourrice, et entraîner des altérations physiques dans sa constitution.

Le sang et les autres humeurs reçoivent des modifications de toutes les émotions vives de l'âme. Quand on ne pourroit pas concevoir comment ces altérations sont produites, le phénomène n'en est pas moins constant, et il ne seroit pas sage de

le nier parce qu'on ne peut l'expliquer. C'est cependant le parti qu'a pris Maupertuis. Le doute que conseille Roussel, en pareil cas, est bien plus digne du philosophe.

Le dérangement physique de la mère, à l'occasion de toutes les émotions vives de l'âme, étant incontestable et constamment suivi d'altération dans les humeurs, il est raisonnable de penser avec Bichat que l'enfant qui reçoit le sang de la mère par l'intermède du placenta, éprouve les influences des altérations de ce sang. Ne doit-on pas craindre que le dérangement physique de la mère ne porte des impressions fâcheuses sur le fœtus? On en trouve une preuve bien frappante dans les observations communiquées à M. Percy par les chirurgiens-majors Schmid et Mesnard, chargés, en 1793, du service de l'hôpital militaire de Landau, à l'époque de l'explosion de l'arsenal de la place. Il est rapporté, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, article *Détonation*, « que, sur quatre-vingt-douze enfans nes à Landau quelques mois après cet accident, il y en eut huit qui tombèrent dans une sorte de crétinisme, et qui en moururent avant l'âge de cinq ans; que trente-trois vécurent languissans jusqu'à huit ou dix ans; que seize périrent en naissant; et que vingt-deux vinrent au monde avec de nombreuses fractures des os longs. »

Pour tranquilliser l'imagination des femmes qui sont ainsi tourmentées pendant leur grossesse, on peut leur représenter que l'on en rencontre souvent qui, comme elles ont eu des envies qu'elles n'ont pu satisfaire, qui ont été effrayées par des objets hideux qui s'étoient présentés inopinément à leurs regards, qui en ont été agitées pendant tout le cours de leur grossesse, au point d'en perdre le repos, sans que leur enfant en ait été marqué ou contrefait. On peut leur faire remarquer que lorsque des enfans viennent au monde avec ces marques, le plus souvent les mères, si on les interroge avant qu'elles en aient connoissance, ne se rappellent pas s'être trouvées dans des circonstances où leur imagination ait été tourmentée pendant le cours de leur grossesse, de manière à pouvoir y donner lieu. Des exemples de ce genre, qui leur seroient garantis par des

personnes qu'elles connoissent, sont bien plus puissans pour les convaincre, que de chercher à leur prouver combien il est ridicule de penser, avec le vulgaire, que l'imagination de la mère puisse avoir une influence telle sur le fœtus que lorsqu'elle desire ardemment un objet quelconque, ou qu'elle est effrayée par un autre, il se forme une difformité pareille sur la partie du corps de son enfant correspondante à la partie de son corps qu'elle vient à toucher dans un moment où son imagination est agitée par une envie, ou celle de l'objet difforme dont elle a été épouvantée.

Les monstruosités que l'on attribue, dans l'espèce humaine, au pouvoir de l'imagination des mères, se rencontrent également parmi les animaux et les plantes. Ceux qui ont pris le parti d'accuser, comme cause de ces bizarreries de la nature, un effort extraordinaire de l'imagination de la mère, parce qu'il est impossible d'en assigner les causes physiques, n'éprouveroient-ils pas un plus grand embarras s'ils étoient obligés d'expliquer comment cette cause peut parvenir à rompre les os, et, dans d'autres cas, à détacher les parties dures et molles pour former un moignon, sans qu'on retrouve aucune trace des os dans le sein de la mère? Il faut convenir que les spasmes, les contractions de l'utérus ne peuvent rendre raison que d'un petit nombre de ces jeux de la nature, tels que les solutions de continuité, les développemens incomplets, etc. Il est à remarquer que de tous les écrivains, tant anciens que modernes, qui, depuis Hippocrate et Galien, ont cité des faits pour accréditer cette opinion, il n'en est pas un seul qui assure avoir été témoin oculaire de ceux qu'il rapporte.

« Si l'imagination des mères joue un grand rôle dans ces » sortes de phénomènes, c'est en ce que le sexe est extrêmement » ingénieux à y trouver constamment des rapports avec quelque » circonstance de la grossesse, rapports toujours imaginés d'a» près coup pour faire ressembler à quelque chose ce qui pri» mitivement ne ressembloit à rien de connu dans la nature. » Plessmann, *Médecine puerpérale.*

Il est important de ne pas entretenir la femme d'événemens

malheureux arrivés pendant le travail ou à la suite des couches, parce que ces récits font toujours une impression fâcheuse sur l'imagination des femmes enceintes. Les sages-femmes devroient renoncer à cette manie qu'elles ont de raconter des histoires d'accouchemens laborieux dans lesquels les sujets auroient succombé sans leur dextérité. Il seroit aussi imprudent de les entretenir de relations d'enfans monstrueux; on ne devroit jamais les insérer dans les papiers publics, et les réserver pour les journaux destinés aux sciences. On doit écarter de leurs mains tous les livres qui peuvent leur inspirer de la terreur : rien de plus fréquent que les désordres produits chez la mère et dans le fœtus par la peur et autres impressions analogues.

Si l'on ne peut pas révoquer en doute le rapport physique qui existe entre l'agitation violente de l'imagination de la mère et l'enfant qu'elle porte dans son sein, il n'en est pas de même de l'influence morale que l'on prétend qu'exerce l'imagination de la mère sur le fœtus : on peut la nier parce qu'elle est moins solidement établie. C'est sur cette influence morale que reposent le système de la Mégalanthropogénésie et celui de la Callipédie : dans le premier, le docteur Robert enseigne l'art de faire des enfans d'esprit : l'étymologie de ce mot dérive de trois racines grecques, de μεγας, grand, de ανθρωπος, homme, et de γενομαι, engendrer. Les bases de ce système sont absolument les mêmes que celles du système de la Callipédie, dans lequel l'abbé Claude Quillet, que l'on dit avoir été l'un des hommes les plus laids de son siècle, a donné, dans un poëme latin publié en 1656, des préceptes sur l'art de faire de beaux enfans.

L'auteur de la Mégalanthropogénésie exige trois conditions pour faire des enfans d'esprit : la première est que l'homme ait l'attention de choisir une femme dont les facultés intellectuelles soient en rapport avec les siennes; la seconde, que le docteur Robert range parmi les circonstances propres à favoriser la procréation des enfans d'esprit, est la disposition morale où se trouvent les époux au moment de la conception; la troisième est l'éducation psychologique de la femme pendant la grossesse.

C'est au peu d'attention qu'apportent les gens de lettres à choisir une femme dont les qualités morales et intellectuelles soient en rapport avec les leurs, qu'il croit qu'on peut attribuer en partie la dégénérescence de leurs enfans. « Comment, dit-il, pour prouver cette influence morale de l'imagination de la mère sur le fœtus, un être qui est formé du même sang que sa mère, qui vit, croît et se développe dans son sein, ne participeroit-il en rien à ses affections et à ses pensées ? »

M. Robert pense, avec Lecamus, dans sa Médecine de l'esprit, que les enfans ont d'autant plus d'esprit, que leurs parens ont apporté plus de ferveur dans la copulation. Le peu d'ardeur des gens de lettres pour le physique des plaisirs de l'amour est l'autre source à laquelle il croit pouvoir attribuer en partie la dégénérescence de leurs enfans. C'est aux obstacles que les amans ont eu à surmonter, aux plaisirs plus vifs qu'ils ont éprouvés pendant les jouissances d'un amour furtif qu'il attribue la vérité de cette tradition populaire, qui lui semble confirmée par l'expérience, que les enfans illégitimes sont plus ingénieux que les autres, comme s'il dégouttoit sur eux, dit l'auteur, quelque portion de l'industrie de leurs parens. « Le père qui est jaloux » de voir son fils digne héritier de son talent, ne doit approcher » de son épouse qu'après avoir allumé son imagination au » flambeau de son génie. » Ce moment me paroît au contraire le moins propre. Le docteur Robert n'est plus d'accord avec lui-même. La forte tension de l'esprit est incompatible avec la ferveur qu'il exige dans la copulation pour former des enfans d'esprit : lorsque l'imagination est occupée de quelque grande conception, les plaisirs de l'amour se font bien moins sentir.

La conduite morale de la femme durant la grossesse exerce, suivant M. Robert, une influence sur le tempérament, les mœurs et le génie de l'enfant; il n'est pas indifférent qu'une femme enceinte éprouve telle ou telle sensation, qu'elle ait les yeux frappés de telles ou telles images : l'éducation psychologique de la femmes grosse doit varier suivant l'état auquel le père destine son enfant.

On a donné comme une preuve de l'influence morale de l'ima-

gination de la mère sur le fœtus, les exemples d'épilepsies de naissance; on a surtout fait valoir celles que l'on croit avoir été transmises à l'enfant par la mère pendant la gestation, à raison des passions ou émotions vives qu'elle a éprouvées.

La question des épilepsies connées a été vivement agitée. En employant cette expression, je veux seulement indiquer les circonstances dans lesquelles elles naissent, sans prétendre admettre la doctrine de ceux qui l'ont consacrée. Boerhaave et son commentateur se déclarent partisans des épilepsies connées. Tissot s'élève contre, et cite plusieurs observations de pères et de mères attaqués d'épilepsie qui n'ont point communiqué leur maladie à leurs enfans; il cherche à prouver, par beaucoup de raisonnemens, l'impossibilité de l'influence des affections morales de la femme enceinte sur le fœtus qu'elle porte : cette question ne peut se résoudre que par des faits. On a nié cette transmission de la mère à l'enfant, parce qu'on l'a mal expliquée; on en a cherché la cause dans une influence morale, tandis qu'elle trouve sa source dans le rapport physique qui existe entre les deux individus.

Quand il existeroit des épilepsies transmises à l'enfant par la mère, à raison des émotions vives dont elle a été atteinte pendant sa gestation; quand il seroit vrai, comme on l'admet, que cet accident arrive plus spécialement lorsque sa vue a été frappée par des individus épileptiques qui éprouvoient un accès, cet effet devroit-il pour cela être attribué à une influence morale de l'imagination de la mère? Le désordre physique qu'a produit chez elle la vue d'un épileptique, et qui a subsisté pendant tout le cours de la grossesse, par la crainte où elle étoit que son enfant ne fût atteint d'une affection semblable, n'est-il pas suffisant pour imprimer au système de ce dernier une disposition semblable à celui de la mère, et lui faire éprouver, par l'influence de l'imitation, les mêmes agitations convulsives, puisqu'il a vécu dans son sein, et qu'elle lui a fourni des fluides altérés? L'impression qui en résulte sur l'organisation de l'enfant produit des effets d'autant plus dangereux qu'elle est plus délicate. Les épilepsies héréditaires ne prouvent pas non plus l'influence

morale de l'imagination de la mère, mais seulement la transmission à l'enfant de sa constitution physique qui a produit cet état.

Les réflexions que j'ai proposées à l'occasion du système de la Mégalanthropogénésie peuvent nous aider à apprécier les préceptes que donne Claude Quillet (dans son poëme *de Callipediâ*, de καλος, beau, et de παιδιον, enfant) aux femmes grosses pour avoir de beaux enfans. Dans le premier livre de sa Callipédie, il exige quatre conditions pour avoir de beaux enfans : la première est qu'il n'y ait point entre les deux amans de différence considérable pour l'âge :

Ne juveni vetulam jungas, vetuloque puellam ;
His nec lætus hymen, nec amicâ lampade fulgens
Allucet sponsis juno.

La seconde condition qu'il exige est qu'ils ne soient point trop jeunes :

Nec tamen impubes pueros, crudasque puellas
Junxeris.

La troisième condition est qu'ils n'aient ni l'un ni l'autre de défauts considérables du corps, soit qu'ils soient apparens, soit qu'ils aient leur siége vers quelque organe intérieur essentiel à la vie.

On doit former des vœux pour que la puissance législative empêche le mariage des phthisiques, qui, en usant des plaisirs de l'hymen, se donnent la mort à eux-mêmes, et propagent dans la société une maladie nécessairement mortelle ; car les enfans qui sont le fruit de cette union en sont aussi atteints, et ils périssent de bonne heure. Si les nœuds du mariage sont formés, on doit engager les phthisiques à se priver des plaisirs de l'amour, qui leur sont si funestes.

Des faits multipliés démontrent la transmission des vices de la constitution des pères aux enfans, ou l'existence des mamaladies héréditaires de génération en génération ; ils apprennent en même temps que les individus mal constitués et va-

létudinaires, lorsqu'ils veulent user de la liberté qui leur est accordée de former les nœuds du mariage, malgré une maladie chronique qui les accable, succombent bientôt après : on ne peut donc espérer d'améliorer l'espèce humaine qu'autant qu'un législateur sage interdira le mariage à ceux dont la constitution physique s'oppose à la reproduction d'êtres sains. Le spasme convulsif qui accompagne le coït excitant une commotion vive dans tout le système, ces jouissances produisant un feu intérieur, l'évacuation qui en est la suite les affoiblissant, la maladie prend un accroissement plus rapide, et consume bientôt le peu de forces qui leur restoit.

On peut ranger parmi les principales circonstances où le gouvernement ne devroit pas permettre le mariage, la phthisie, la goutte, cette disposition des reins qui engendre la pierre ou la gravelle, l'épilepsie, la vérole, la lèpre, les dartres d'une espèce maligne. Plus l'influence des infirmités des parens sur leurs descendans est certaine, plus il est urgent de leur interdire le mariage.

Le besoin de l'amour est si impérieux, que l'on obtiendra difficilement des malheureux qui sont entachés de maladies héréditaires qu'ils se condamnent volontairement au célibat. Le médecin trouveroit un moyen plus facile à faire adopter par ceux qui portent le germe de ces maladies, dans le croisement des races. Si dans tous les cas de ce genre on avoit recours, pendant plusieurs générations, à des alliances convenables, c'est-à-dire qu'on unît constamment l'individu prédisposé par hérédité à une indisposition donnée avec un autre d'une constitution forte, on affoibliroit et on finiroit par détruire à la longue cette communication héréditaire. Il est probable que les enfans qui naîtroient de leur union recevroient, à raison de l'influence de celui qui est sain, une sorte de tempérament mixte qui feroit qu'ils seroient moins prédisposés à être atteints de l'affection héréditaire que porte celui des parens qui est malade. Mais si, au lieu de se comporter ainsi, celui-ci ou ses enfans viennent à s'allier à des personnes qui soient prédisposées à la même maladie, surtout par hérédité, doit-on s'étonner

qu'elle se transmette à leur postérité, ou qu'après avoir été modifiée par le croisement de race, elle reparoisse et exerce de nouveaux ravages chez les petits-fils? L'influence qu'exerce l'individu sain dans la conception devient une sorte de correctif qui s'oppose au développement de la maladie dont les enfans paroissoient devoir hériter.

La quatrième condition qu'exige l'auteur de la Callipédie est de préférer le mérite à la richesse.

Dans le troisième livre, il enseigne comment doivent se conduire les femmes, dès qu'elles soupçonnent une grossesse, pour avoir de beaux enfans :

Protinus ut pulchri concrescant membra puelli
Curam adhibete nurus
....
....
Tu satage o prægnans, ne tristibus anxia curis
Atra melancholicæ offendas phantasmata menti
Nec turpes oculis facies, aut sordida monstra
Objicias; simulachra tibi obversentur ubique
Formosa, et lætos semper recreantia visus.
....
Vos ergo, ô gravidæ! si mens est edere natos
Corporis egregii, solertem impendite curam
Ut semper subeant oculos pulchra omnia vestros,
Si puer in votis lepidus, formosus Apollo
Formosâ vestros delectet imagine visus.

On voit que l'auteur voudroit que, comme à Lacédémone, les yeux d'une femme enceinte ne fussent frappés que par des images qui rappelleroient la beauté réunie à la force.

Animi pathemata. Il n'est point de circonstances dans la vie où les passions soient plus nuisibles que dans la grossesse. Les femmes ne sauroient apporter trop d'attention pour modérer alors leurs desirs et leurs passions : étant plus disposées à la colère, il faut écarter soigneusement d'elles tout ce qui peut leur devenir un sujet d'emportement, avoir beaucoup d'égards pour leur situation, et s'armer de patience pour supporter la fougue de leur humeur. La foiblesse plus grande qui

est attachée à l'organisation de la femme enceinte, la sensibilité dont elle jouit, ont inspiré de tout temps et à tous les peuples une sorte de vénération pour la femme dans cet état. A Lacédémone, les lois obligeoient les citoyens à se détourner, dans les places publiques, lorsqu'ils rencontroient une femme enceinte. A Rome, elles étoient dispensées de se ranger et de se confondre dans la foule lors du passage du magistrat.

Les femmes délicates, irritables, toutes celles qui sont sujettes à avorter dans les premiers mois, doivent user très-modérément des droits du mariage. La même modération devient utile lorsque la femme éprouve, dans les commencemens, des accidens dépendans d'un état de spasme, que l'irritation qui accompagne le coït pourroit augmenter.

Le but de la nature étant rempli lorsque la conception a eu lieu, de nouvelles approches pouvant devenir nuisibles dans plusieurs cas, il seroit peut-être plus prudent de s'abstenir d'user des droits du mariage depuis que la grossesse est certaine jusqu'à la fin des couches. Les anciens avoient connu les dangers des jouissances de Vénus chez les femmes grosses, comme on le voit par le poëme latin de Scévole de Sainte-Marthe, publié en 1584, et par celui de la Callipédie.

Scévole de Sainte-Marthe s'exprime ainsi dans son traité intitulé : *de Pædotrophiâ, seu de Puerorum Nutritione.* (Cet auteur a donné le nom de *Pédotrophie* (1) à un traité sur la manière de nourrir les enfans à la mamelle.)

Vos venerem immodicam, ô matres, si cura salutis,
Vos venerem vitate: sibi nocet ipsa, suumque
Sæpe retexit opus.

Claude Quillet n'est pas plus indulgent sur l'usage du mariage pendant la grossesse.

Pestis acerba
Prægnantum Venus est, pulchrumque opus improba fœdat.
. . . .

(1) Cette expression dérive de deux racines grecques, de παιδιον, *enfant*, et de τροφη, *nourriture*.

Aut motis, coïtu nimio haud impune pudendis
Vix coeptum crudo fœtum deponet abortu.

Dans les vers suivans, il compare le fœtus aux fruits qu'un coup de vent abat, et il conclut :

Concubitus igitur crebros quos fœta frequentat,
Quis non damnabit?

Doit-on conseiller à une femme mal portante de concevoir? Cette question m'a paru assez importante pour mériter que sa discussion trouvât ici sa place. Plusieurs médecins pensent que l'état de grossesse peut délivrer les femmes de leurs infirmités. Ils citent quelques cas où cet état produit chez les femmes plus de fraîcheur et d'embonpoint ; mais ils sont en petit nombre, et l'on observe bien plus souvent le phénomène contraire. Leur opinion est vraie dans quelques cas particuliers où les maladies dont les femmes sont atteintes sont produites par une tension et une rigidité trop considérables de la fibre. J'ai vu un cas de cette espèce où le conseil que l'on avoit donné à la femme de concevoir lui fut salutaire. Dans le cours ordinaire, je regarde comme contraire au bien de la société et à l'intérêt propre de la femme de lui conseiller de concevoir si elle est mal portante et qu'elle ait un virus. Si l'indisposition de la femme est du genre des cachexies, la conception ne feroit qu'empirer son état, puisqu'elle est toujours suivie d'une infiltration encore plus considérable du tissu cellulaire.

Cette infiltration permanente du tissu cellulaire chez la femme, phénomène encore plus marqué chez celle qui est enceinte, fait que la fibre est plus molle, plus lâche, et la peau moins colorée. On conclut de ces apparences que présente plus spécialement la femme grosse, que le système lymphatique prédomine dans son organisation.

Cette opinion, quoique si généralement admise, me paroît une erreur. Je ne suis pas le seul auquel cette idée se soit présentée. M. Jouard, mon compatriote, a également insinué dans son Essai sur quelques points de l'histoire naturelle de la femme, que si la femme et l'enfant, dont l'organisation se

ressemble à beaucoup d'égards, sont dans une sorte d'infiltration permanente, c'est au contraire parce que leur système lymphatique jouit de peu d'activité. La thérapeutique que l'on suit pour remédier à cet état suffiroit pour prouver que ce système est dans un état d'atonie.

Si le système lymphatique jouissoit chez les femmes de plus d'action, comme on le dit communément, s'il remplissoit toutes les fonctions qui sont de son ressort avec facilité, liberté, rapidité, ce qui doit nécessairement avoir lieu lorsqu'un système prédomine, on verroit au contraire disparoître cette sorte d'infiltration qui leur est naturelle, parce que les fluides blancs qui la produisent seroient reportés dans le torrent de la circulation. Si on appelle prédominance dans un organe une énergie d'action supérieure à celle de tous les autres organes, il me semble prouvé que le système lymphatique ne prédomine pas chez les femmes, qu'il est au contraire celui de tous les systèmes qui a le moins de force tonique. Plus la femme est forte, plus les mouvemens auxquels elle se livre sont considérables, moins cette infiltration du tissu cellulaire est prononcée : elle est portée au dernier degré chez les femmes cachectiques. On observe cette infiltration chez les convalescens, chez lesquels on n'oseroit pas dire que le système lymphatique prédomine.

On pourroit croire, si les idées que je viens de présenter sont réelles, qu'elles devroient apporter de grands changemens dans la thérapeutique des maladies des femmes. Si le traitement avoit été d'accord avec la théorie que l'on s'étoit formée de la disposition de l'économie qui y donne lieu, cette réforme deviendroit nécessaire ; mais les auteurs mêmes qui enseignent que le système lymphatique prédomine, conseillent, pour remédier à cet état, des moyens qui augmentent son action.

L'infiltration du tissu cellulaire, pendant le cours de la grossesse, est un phénomène très-réel. Dès le moment où une femme est devenue grosse, tout le tissu cellulaire se gonfle, les mamelles augmentent de volume ; la lymphe, en devenant

plus abondante, prend en outre un caractère nouveau pendant tout le cours de la grossesse; déjà le phosphate calcaire qui doit abonder après les couches dans le lait destiné à alimenter le nouveau-né, commence à se porter vers les mamelles et diminue vers les urines, chez les femmes grosses, comme chez les nourrices. Cette abondance des sucs blancs est prouvée par ce que l'on voit arriver aux femmes brunes et à celles dont le visage est couvert de rousseurs. On a remarqué que les brunes blanchissoient à cette époque, et que les taches du visage étoient moins apparentes. Ces changemens sont évidemment le produit de la grossesse, puisqu'elles reprennent leur couleur naturelle peu de temps après les couches, à mesure que cette infiltration séreuse se dissipe.

Ce phénomène de la lymphe surabondante répandue dans tout le système pendant la grossesse est important à connoître, parce qu'il peut fournir au médecin praticien des vues lumineuses. Il ne voit plus alors, dans ce qu'on appelle *lait répandu*, que cette lymphe surabondante dans tout le système. Il la considère comme l'origine des diverses infirmités dont les femmes grosses ou les nouvelles accouchées sont attaquées. Elle produit des fluxions dans différentes parties, tantôt à l'intérieur, tantôt dans le tissu cutané; ou elle cause quelquefois des douleurs qui ont toutes les apparences de douleurs rhumatismales. Les mêmes phénomènes s'observent chez les femmes, dans le cas d'avortement; or, il est évident que chez elles il n'y a point encore sécrétion du lait, et que l'on appelle *maladies laiteuses* ce qui dépend uniquement d'un changement dans la quantité et dans la qualité de la lymphe.

Le moment de la conception devient quelquefois une circonstance qui favorise chez la femme le développement de différens virus qui étoient restés sans action jusqu'à ce moment. L'état de grossesse manifeste quelquefois des symptômes de virus vénérien qu'on n'avoit pas encore aperçu, et qui, sans cela, auroit pu rester encore plus ou moins de temps engourdi. Le virus syphilitique, avant la conception, pou-

voit circuler dans la masse générale sans affecter aucune glande, et sans donner de marques de sa présence, parce que ces organes n'étoient pas sensibles à son action. La grossesse augmentant la sensibilité, manifeste des symptômes d'une infection générale, parce que les organes glanduleux ressentent à cette époque les impressions du virus vénérien auquel ils étoient insensibles auparavant.

Il n'est pas rare de voir la grossesse produire des dartres qui disparoissent après l'accouchement. On voit assez souvent, comme Puzos l'a observé, la grossesse occasionner des démangeaisons insupportables, des cuissons si vives, que les femmes enceintes ne peuvent prendre aucun repos : elles persévèrent pendant toute sa durée, et affectent plus spécialement les parties génitales. Les bains, les fomentations, les injections, les narcotiques ne produisent qu'un calme passager, quoiqu'on ait eu quelquefois l'attention de mettre les femmes à l'usage du lait coupé : elles en sont délivrées par l'accouchement sans qu'on ait besoin d'employer de traitement. Il est beaucoup d'autres singularités que l'état de grossesse enfante, et que l'on voit constamment disparoître après les couches. On connoît des exemples d'aphonie, de surdité, produites par la grossesse et qui ont disparu après l'accouchement. L'observation a prouvé que l'état de grossesse prédispose les femmes au goître. Il est probable que c'est en faisant prédominer les fluides blancs qu'elle y donne lieu. En effet, les tempéramens où cette prédominance s'observe y sont le plus sujets.

Si la grossesse expose les femmes à quelques accidens, elle les garantit de maladies graves et les guérit de quelques-unes. La fièvre quarte, la pulmonie, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie dont elles étoient attaquées, s'arrêtent quelquefois dès que la femme a conçu. Mais elles ne tardent pas, après la délivrance, à reprendre leur première intensité. J'ai vu la phthisie rester stationnaire pendant deux grossesses consécutives, pour reprendre ensuite son cours après l'accouchement. Ce phénomène n'est cependant pas constant : on voit quelquefois que la phthisie marche avec plus de rapidité.

On observe la même chose à l'égard des affections nerveuses, qui sont quelquefois diminuées, d'autres fois aggravées par l'état de grossesse. Il en est de même pour l'épilepsie, dont l'état de grossesse détermine souvent des accès violens, et que l'on pourroit alors appeler *épilepsie hystérique*, parce qu'elle paroît, dans cette circonstance, être déterminée par un trouble des fonctions, une altération des propriétés vitales de l'utérus. Les exemples d'épilepsie survenue pendant la grossesse sont assez nombreux. Tissot en cite plusieurs dans son Traité de l'Épilepsie. Cette épilepsie cesse le plus souvent spontanément après l'accouchement. On voit quelquefois l'irritation dont est atteint l'utérus au moment de la conception, y donner lieu dans les premiers mois. La matrice s'habitue par la suite à la présence de l'enfant, et la maladie cesse quand la grossesse est plus avancée. Beaucoup d'autres faits pourroient également prouver que les effets de la grossesse sont très-différens, et qu'elle produit chez une femme les accidens qu'elle fait cesser chez les autres. Les femmes enceintes sont moins exposées à gagner les maladies contagieuses; mais lorsqu'elles en sont atteintes, elles succombent plus promptement. Dès qu'une femme est grosse, les probabilités de sa vie augmentent.

Des Accidens de la Grossesse.

Je ne rechercherai pas la cause prochaine des différens symptômes de la grossesse. Les auteurs qui ont traité des maladies des femmes, et qui ont cherché à les expliquer, n'offrent que de vaines hypothèses. Ils ont puisé leurs explications dans des rapports si éloignés, qu'ils n'ont répandu aucune lumière sur le point de doctrine qu'ils vouloient éclaircir. Je m'attacherai uniquement à recueillir les faits en laissant de côté toutes leurs explications.

On peut diviser le temps de la gestation en trois époques, sous le rapport des accidens qui tourmentent la femme pendant sa durée. Dans la première période, qui se termine au qua-

trième mois, surviennent des affections spasmodiques de tout genre. Dans la deuxième se manifestent celles qui tiennent à la prédominance du système artériel, comme vertiges, céphalalgie. Les varices, l'œdême sont l'apanage de la troisième époque. Ces affections sont produites par la pression qu'exerce la matrice sur les troncs veineux. Les accidens de la première époque se prolongent quelquefois dans la seconde : ils s'observent bien plus fréquemment que ceux de cette dernière. Si les accidens de la première époque de la grossesse annoncent le plus souvent un trouble dans le système nerveux, qui dérive presque toujours de l'utérus, ils peuvent cependant reconnoître quelquefois d'autres causes.

Au lieu de traiter de chacune de ces indispositions en particulier, on pourroit se borner à les considérer d'une manière générale, et à faire voir que, sous quelques formes qu'elles paroissent, tantôt elles dépendent d'une irritation nerveuse comme dans les commencemens, tantôt d'un état de pléthore, de la saburre des premières voies, ou de la foiblesse des organes digestifs. J'ai cru qu'il seroit plus avantageux de parler successivement de chacun de ces accidens, en tâchant de déterminer dans quel système existe la source du désordre : s'ils ont entre eux beaucoup d'analogie sous le rapport de leurs causes, chacun d'eux présente quelques considérations particulières qu'il est important de connoître. Chaque phénomène sera classé d'après l'ordre de succession selon lequel il arrive le plus communément.

De la Salivation.

Le ptyalisme s'observe chez quelques femmes dès les premiers jours de la conception. La salivation est, pour l'ordinaire, de peu de durée et se dissipe d'elle-même ; elle est le plus souvent accompagnée de maux de cœur ; mais elle ne dérange jamais la santé au point de mériter le nom de *maladie*. Aussi le médecin est-il rarement consulté dans ces crachotemens incommodes pour la femme, et qui dépendent du spasme général

déterminé par la conception : on peut conseiller une infusion de mélisse, de camomille, de menthe, quelques cuillerées, dans le cours de la journée, d'une eau aromatique.

De l'Inappétence ou Anorexie.

Une femme qui a conçu sent quelquefois, dès les premiers temps, son goût pour les alimens changer ou se perdre. Parmi les femmes qui éprouvent cette inappétence, les unes sont simplement dégoûtées, d'autres ont les goûts les plus bizarres, et ont en aversion les alimens qu'elles recherchoient auparavant. Le vulgaire recourt sur-le-champ aux purgatifs pour combattre cette indisposition ; le plus souvent il l'aggrave, parce que l'inappétence qui a lieu au moment de la conception dépend plus souvent d'un spasme fixé sur les viscères du bas-ventre, à raison du trouble qu'elle produit dans tout le système nerveux, que de la saburre. La perte d'appétit se remarque plus souvent chez les femmes des villes que chez celles de la campagne ; elle est plus sensible dans les commencemens et tourmente plus vivement les femmes nerveuses. Lorsque le dégoût des alimens ne persiste que pendant les premiers mois, il est peu fâcheux ; on a même vu des femmes prendre pendant toute la durée de la grossesse une quantité d'alimens si petite qu'elles n'auroient pu subsister dans tout autre temps, sans qu'il en soit résulté cependant aucun inconvénient pour l'enfant.

On reconnoît qu'un état de spasme est la cause du défaut d'appétit, par l'absence des signes, soit de la pléthore, soit d'un état saburral, soit enfin de la foiblesse d'estomac. Son invasion très-rapprochée du moment de l'imprégnation, chez un individu dont l'appétit étoit régulier auparavant, confirme ce diagnostique, qui ne peut s'établir que par des signes négatifs. La pléthore que l'on croit être produite par la suppression des règles, admise par Mercatus, Roderic à Castro, etc., ne peut avoir lieu dans les premiers temps de la conception, puisque souvent cette indisposition s'annonce avant l'époque où

les règles auroient dû paroître si la femme n'avoit pas été grosse. Si l'on ne peut pas expliquer les dégoûts qu'éprouvent les femmes pour certains alimens, il est au moins constant que, dans le plus grand nombre des cas, ils ne sont pas des signes de pléthore, puisqu'on les rencontre quoiqu'il existe une pâleur et une foiblesse générales.

On doit combattre l'inappétence qui tient à cette cause par les bains, les fomentations émollientes sur la région hypogastrique, les lavemens anti-spasmodiques. L'aversion que les femmes enceintes ont presque toujours pour les substances animales est une indication présentée par la nature au médecin, qui doit conseiller les végétaux, que l'on assaisonne avec des aromates ou des acides. Antoine Petit a tort d'en défendre l'usage dans ce cas, pourvu que les femmes en usent avec modération. On insistera sur un exercice modéré. La boisson la plus convenable est une infusion théiforme de fleurs de tilleul ou de camomille, avec douze ou quinze gouttes d'éther sulfurique ou d'éther sulfurique alcoolisé (liqueur d'Hoffmann).

Si cette incommodité ne commence à se faire sentir qu'à une époque où les règles auroient déjà paru plusieurs fois sans l'état de grossesse, on peut alors soupçonner une pléthore, si d'ailleurs la femme est naturellement sanguine, son pouls plus plein, plus fort. Comme dans le cas de spasme, la langue est nette ou seulement blanchâtre, la bouche n'est pas amère. Les femmes des campagnes, quoique robustes, éprouvent rarement l'inappétence due à cette cause, parce que les travaux forcés auxquels elles se livrent par état s'opposent à la pléthore : on la dissipe par la saignée.

L'état de la langue, qui est chargée, c'est-à-dire recouverte d'un enduit jaunâtre ou blanchâtre ; de la bouche, qui est mauvaise, amère ou pâteuse, plus sale lorsque la femme est à jeun, indique que la saburre est la cause de la perte de l'appétit. Pour mieux reconnoître l'embarras gastrique, il faut encore joindre à ces signes une pesanteur ou une exaltation de la sensibilité de l'épigastre, une céphalalgie sus-orbitaire. Hippocrate a donné à cet état le nom de *turgescence* ; elle se

déclare dès l'invasion de plusieurs maladies. A cette turgescence dont Hippocrate a fait mention, je rapporte la division établie par le professeur Pinel, de la surcharge gastrique en embarras gastrique stomacal et en embarras gastrique intestinal; chacun a ses symptômes particuliers qui le distinguent de l'autre. Les purgatifs ou les vomitifs sont indiqués, suivant que la turgescence s'annonce par le haut ou par le bas.

Hippocrate, dans l'aphorisme 17 de la section IV, fixe les cas où le vomitif mérite la préférence : *Si cui sine febre, cibi fastidium, oris ventriculi morsus, tenebricosa vertigo contigerit, et os amarulentum fuerit, hæc necessariam esse per superiora purgationem indicant.* On voit que l'on doit évacuer par le haut, suivant le père de la médecine, lorsqu'il y a dégoût des alimens, amertume de la bouche, chaleur mordicante vers l'orifice de l'estomac, vertiges avec obscurcissement de la vue par une espèce de nuage. Si à ces signes on sur-ajoute la céphalalgie sus-orbitaire, un léger sentiment de lassitude, on a l'ensemble des phénomènes qui indiquent que l'estomac est le siége de cette surcharge saburrale. La durée de l'embarras stomacal est très-variable; il peut disparoître au bout de quelques jours; dans d'autres cas, faute de recourir au traitement, il peut persister pendant plusieurs mois, donner lieu à des mouvemens fébriles irréguliers, avec ou sans frisson, suivis de chaleur, mais dont les paroxysmes ne sont pas assujettis à une marche fixe. Par sa continuité, il peut même développer une fièvre gastrique. Avant de recourir au vomitif qui dissipe ces mouvemens irréguliers, il faut auparavant diminuer l'irritation fixée vers l'épigastre par les boissons faites avec le citron, les oranges, les groseilles. La continuité de l'embarras gastrique intestinal peut donner lieu aux mêmes accidens.

On voit lorsqu'il faut au contraire employer les purgatifs, dans l'aphorisme 20 de la même section : *Si tormina ad fuerint non febricitanti, et genuum gravitas, et lumborum dolor, deorsum purgatione opus esse indicant.* Suivant Hippocrate, lorsqu'il n'y a point de fièvre, les douleurs de colique, la pesanteur des genoux et un sentiment de fatigue,

les douleurs des lombes, indiquent le besoin des évacuans par le bas. Pour mieux fixer les cas qui réclament de préférence l'emploi des purgatifs, il est nécessaire d'ajouter aux signes relatés par le médecin de Cos, une douleur épigastrique et une tension incommode des hypochondres et de l'abdomen. La fétidité de l'haleine, la langueur des digestions, des selles de mauvaise qualité, annoncent encore la présence des saburres dans les intestins, et par conséquent le besoin des purgatifs.

Quelquefois il est utile d'employer les deux en même temps, en donnant un éméto-cathartique lorsqu'il y a des signes de turgescence par haut et par bas. L'ipécacuanha et le tartrate de potasse antimonié agissent quelquefois en même temps comme émétique et comme cathartique : lorsque par ce dernier moyen on a fait vomir suffisamment, il suffit, pour provoquer les déjections alvines, d'étendre le reste dans une plus grande quantité de liquide. Faute d'y remédier à temps, on voit quelquefois survenir un choléra-morbus : on donne ce nom à une affection produite par l'exaspération des symptômes caractéristiques des embarras stomacal et intestinal. Outre les vomissemens et les déjections, il se manifeste par la cardialgie, par des ardeurs, des nausées, des défaillances, par le froid des extrémités. Cet état n'est pas très-rare chez les femmes grosses très-irritables; il fait souvent périr les malades en vingt-quatre heures. Dans le choléra-morbus, l'irritation des organes digestifs est extrême; ce qui exige de recourir aux opiacés et aux boissons calmantes.

Le choix des purgatifs n'est pas indifférent chez les femmes grosses : ceux qui sont amers, comme la rhubarbe, ou bien les sels neutres, méritent la préférence. Comme on a presque toujours besoin, dans ce cas, de susciter des évacuations bilieuses pour entraîner cette excrétion surabondante, soit qu'elle soit la cause de l'indisposition, ou seulement l'effet, comme le veulent d'autres, on doit préférer ceux qui, agissant spécialement sur l'estomac et le duodénum, peuvent réagir sympathiquement sur le foie, en augmenter l'action à raison de la sympathie que ces deux organes ont avec lui. D'ailleurs,

en augmentant la sécrétion du mucus destiné à lubrifier les parois intestinales par l'excitation douce qu'ils produisent, ils les garantissent de l'impression que pourroit faire sur elles la bile lorsqu'elle a trop d'activité. On doit éviter les purgatifs résineux, les cathartiques, les drastiques, parce qu'ils pourroient produire l'avortement, toute leur action se passant sur les gros intestins. Les épreintes, les ténesmes qui ont souvent lieu vers le rectum peuvent se communiquer à l'utérus, à raison de la sympathie de contiguité de ces deux organes.

Je crois qu'il est très-important dans la pratique de distinguer deux variétés dans l'embarras gastrique stomacal, suivant le tempérament des individus qui s'en trouvent affectés, dans l'une desquelles les vomitifs sont indispensables pour soulager les malades, tandis que dans l'autre, ils ne sont pas toujours indiqués. Je donne à l'un de ces états le nom d'*embarras stomacal muqueux*, et à l'autre celui d'*embarras stomacal bilieux*. Tout embarras stomacal paroît reconnoître pour cause l'irritation plus ou moins vive de la membrane muqueuse de l'estomac, comme l'admet monsieur le professeur Pinel dans sa Nosographie.

L'embarras gastrique muqueux et stomacal s'observe chez les individus d'un tempérament pituiteux. Il y a peu de sensibilité à l'épigastre; il existe des nausées sans vomissemens, ou s'ils surviennent, ils sont muqueux ou glaireux. Il y a défaut d'appétit, mais sans trouver de saveur amère dans les alimens; la bouche est seulement pâteuse, l'enduit de la langue purement blanchâtre, la céphalalgie sus-orbitaire sourde, le malaise, les lassitudes peu marqués. On peut souvent se passer du vomitif dans cette variété : il ne constitue pas le traitement curatif, qui consiste dans l'emploi des toniques et des amers. La secousse qu'il produit en débarrassant l'estomac des fluides muqueux qui s'y sont accumulés pendant la durée du catarrhe de cet organe, facilite l'action des médicamens.

Le vin, les infusions aromatiques sont indiqués, et suffisent pour dissiper cet embarras muqueux, le plus souvent symptomatique chez les femmes grosses. L'ipécacuanha, qui

paroît affecter spécialement la membrane muqueuse des organes digestifs, doit être préféré dans ce cas au tartrate antimonié de potasse (émétique).

L'embarras stomacal bilieux s'observe particulièrement chez les individus d'un tempérament bilieux. L'irritation de la membrane muqueuse de l'estomac est bien plus vive dans cette variété que dans la précédente. La douleur de l'épigastre est violente. M. Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu, a observé que la douleur de la région épigastrique devient plus forte si l'on presse de bas en haut, tandis qu'elle reste à-peu-près la même si on agit de haut en bas ou contre la colonne vertébrale. Il existe des nausées, des vomissemens bilieux, défaut d'appétit, saveur amère de la bouche, enduit jaunâtre de la langue, douleur sus-orbitaire très-vive. Le malaise, la lassitude et la débilité, qui sont très-considérables, sont des phénomènes évidemment sympathiques, puisque les forces reparoissent après l'action du vomitif, qui est indispensable dans cette variété. Comme on se propose dans cette circonstance d'obtenir des évacuations bilieuses, on doit employer de préférence le tartrate antimonié de potasse, qui paroît diriger spécialement son action sur le foie et les dépendances de ce viscère. Il produit un plus grand ébranlement que l'ipécacuanha, et agit d'une manière générale sur les forces motrices. Si les signes d'embarras gastrique persistoient ou se renouveloient après le premier vomitif, on ne doit pas craindre d'y revenir.

Un grain de tartrate antimonié de potasse suffit chez les femmes grosses très-irritables. On doit l'administrer dans trois verres (huit onces) d'eau distillée, à laquelle on peut ajouter une once de sirop d'écorce d'orange. L'eau ordinaire le décompose si elle contient du carbonate ou du sulfate de chaux : ce qui a lieu dans presque toutes les eaux. Il se décompose même dans l'eau distillée si on l'y tient en dissolution pendant plusieurs heures.

Si les digestions étoient dérangées avant la conception, si la perte d'appétit subsiste depuis long-temps, elle dépend de

la foiblesse de cet organe. Dans ce cas la femme est tourmentée par les vents ; elle sent un poids qui devient plus incommode après le repas. Aussitôt après la conception, l'action vitale étant augmentée vers la matrice, il n'est pas surprenant qu'elle soit diminuée vers d'autres organes, car l'action d'une partie ne peut être augmentée qu'aux dépens de celle d'une autre. Dans cette circonstance on doit ordonner les toniques, les amers, quelques cuillerées de vin d'Alicante ou de Malaga, les vins de quina, de gentiane, de petite centaurée, etc. M. Barthez s'est efforcé de rappeler dans la pratique les embrocations aromatiques sur la région de l'estomac, dont les anciens faisoient un si grand usage. Il regarde ces applications topiques comme très-utiles lorsque cet organe est affoibli.

Du Pica ou Malacia.

Le pica n'étant qu'une variété de l'affection précédente, ne devroit pas en être séparé dans un cadre nosologique. Je crois cependant qu'il est important de consacrer un article particulier à cette dépravation de l'appétit, qui fait que les femmes grosses, les filles chlorotiques desirent les choses les plus absurdes, les plus bizarres, et même les plus dégoûtantes, comme les excrémens de certains animaux, ou les fluides que fournissent les égouts des latrines. Plusieurs ont des appétits très-vifs pour les acides, d'autres pour les terres calcaires, la craie, le plâtre, le charbon, etc.

Je réunis sous le même titre le pica et le malacia, ou envies des femmes grosses ou des filles chlorotiques. Pline s'est servi de cette dernière expression pour désigner les envies des femmes grosses. Cependant des auteurs ont établi une distinction inutile à retenir dans la pratique entre le pica et le malacia, en ce que dans le pica l'appétit se porteroit vers des objets qui ne contiennent pas de principes nutritifs, tandis que dans le malacia le desir se porte vers des objets dont on n'use pas communément comme alimens, mais qui cependant, quoique bizarres, peuvent nourrir jusqu'à un certain point.

Le mot *pica* des Latins, qui répond au nom de l'oiseau connu

chez nous sous le nom de *pie*, a été adopté pour désigner la bizarrerie des appétits dépravés que l'on observe chez les femmes grosses ou chez les filles chlorotiques, à raison de l'analogie que l'on a cru trouver entre eux et la bigarrure du plumage de cet oiseau, ou l'inconstance qui le porte à voltiger à chaque instant d'une branche à l'autre de l'arbre sur lequel il est perché. Les Grecs, par l'expression de μαλακια, qui signifie *mollesse, relâchement*, ont voulu désigner plus spécialement cette disposition dans laquelle l'estomac des femmes grosses, naturellement affadi ou paresseux, est sujet à produire des renvois après le repas, parce qu'il digère mal, ou à expulser, le matin à jeun, beaucoup de matières glaireuses.

La grossesse et la chlorose ne sont pas les seuls états où l'on observe les affections connues sous les noms de *pica*, de *malacia :* elles peuvent attaquer des personnes en apparence très-bien portantes. On n'a point encore expliqué d'une manière satisfaisante les antipathies particulières de l'estomac pour certaines substances, ou les appétits bizarres qu'il éprouve pour d'autres, et dont la grossesse, la chlorose et quelques autres maladies nous offrent de temps en temps des exemples dans l'exercice de la médecine. Le desir ou l'aversion qu'un aliment ou toute autre substance inusitée comme aliment, inspire aux femmes grosses ou aux filles chlorotiques, ne trouve pas, comme dans l'ordre naturel, sa source dans la manière agréable ou désagréable dont l'organe du goût est affecté, puisque, le plus souvent, elles n'ont pas goûté du mets qu'elles rebutent ou appettent. Un aliment pouvant être rejeté ou recherché par elles, quoiqu'il n'ait encore jamais agi immédiatement sur l'organe du goût, il est évident que l'on ne peut pas toujours faire dépendre l'aversion que l'estomac témoigne pour certains mets d'un défaut d'analogie entre cette substance et sa sensibilité naturelle. Le plus souvent même leur odorat n'a pu être flatté agréablement ou désagréablement par cette substance. Ce n'est même pas le souvenir d'une sensation déjà éprouvée, parce qu'elles peuvent n'avoir jamais usé de cette substance. La simple vue, et même la simple idée d'un aliment ou d'un autre

objet inusité comme aliment, dont elles n'ont jamais goûté et que leur imagination seule leur représente, suffit pour exciter dans les organes du goût tous les mouvemens qu'y produiroit leur application immédiate.

L'estomac est le siége du pica. La grossesse, la chlorose développent dans cet organe un mode particulier d'excitabilité qui change l'ordre de ses fonctions, et particulièrement le sentiment du goût, qui est une espèce de tact qui est propre à cet organe, et au moyen duquel il juge des qualités des alimens.

Quelquefois ces desirs exclusifs que les malades témoignent pour des alimens ou des boissons particulières, doivent être considérés comme un instinct naturel qui peut contribuer à leur guérison en les satisfaisant. Il existe plusieurs exemples de guérisons opérées en contentant le penchant irrésistible que l'on sentoit pour certains alimens. L'appétit n'étant pas toujours l'indice d'un besoin naturel, surtout chez les femmes grosses, il importeroit beaucoup de connoître les cas où l'on doit le satisfaire, parce qu'il en résulteroit un bien pour l'économie, pour laquelle l'objet appété peut devenir un véritable besoin, en même temps qu'il seroit une source de plaisir, de ceux où le plaisir que l'on se promet de l'objet desiré seroit en opposition avec le véritable besoin, et pourroit nuire à la santé. On doit donc faire une distinction entre l'appétit et la faim, souvent employés pour désigner la même chose.

Toutes les fois que ces goûts décidés des malades portent sur des choses simples, il me paroît raisonnable de les regarder comme un avertissement de la nature qui indique le régime qui leur est le plus convenable. J'ai déjà remarqué précédemment que si l'on s'obstinoit à faire user des alimens les plus sains, l'état des femmes alloit ordinairement en empirant : on cite même des observations de femmes qui ont pris, sans aucun inconvénient, des substances qui, dans toute autre circonstance, auroient été très-nuisibles, et qui ont paru les affecter d'une manière agréable, à raison du dérangement que l'estomac et les sucs gastriques avoient éprouvé par l'état de grossesse. Il en est qui ont avalé impunément jusqu'à une livre

de poivre, de gingembre : ces substances ont été digérées aussi parfaitement que les alimens les plus légers et les plus salubres.

Le pica, qui attaque de préférence les femmes enceintes pendant les premiers mois de la grossesse, ou les jeunes filles qui ne sont pas réglées ou qui le sont mal, est regardé par la plupart des auteurs comme une affection sympathique déterminée par les lésions qu'a éprouvées l'utérus. Je crois que le pica, dans la chlorose, ne dépend pas de l'état de l'utérus, et qu'il est idiopathique. C'est l'état d'atonie du système général et celui de l'estomac qui donnent lieu à la chlorose et au défaut de menstruation ; au contraire, dans le pica des femmes grosses c'est moins le goût dépravé que l'on doit se proposer de traiter que la maladie qu'il accompagne, ou la lésion de l'utérus qui le détermine. Cette bizarrerie dans les appétits des femmes enceintes commence assez souvent dès les premiers jours de la grossesse ; elle ne peut pas par conséquent être attribuée constamment à l'abondance du sang produite par la suppression des règles, comme le soutiennent Rodéric à Castro et Mauriceau. Quoique Rodéric à Castro dise qu'elle arrive plus fréquemment chez les femmes d'un tempérament robuste, ce qu'il regarde comme favorable à l'opinion de la pléthore, on observe au contraire que c'est chez les femmes qui sont pâles, dans un état de langueur, dont la physionomie est décomposée, les yeux caves et cernés, que l'on rencontre cette dépravation de l'appétit : les filles chlorotiques, qui sont toujours cachectiques, y sont très-sujettes : il existe aussi le plus souvent une spuition fréquente, des cardialgies.

Ce goût dépravé diminue à mesure que la grossesse avance, comme cela arrive dans toutes les autres affections produites par le trouble universel qui survient dans tout le système nerveux au moment où la conception s'opère dans la matrice. Il subsiste rarement au-delà du quatrième mois de la gestation ; s'il s'est prolongé pendant toute sa durée, il s'évanouit toujours à l'époque de l'accouchement. Dans le pica qui reconnoît pour cause l'éréthisme qui a lieu vers l'utérus, on doit conseiller les anti-spasmodiques, les bains, les fomentations émol-

lientes. Les préparations de quina avec un oxide de fer sont le moyen le plus efficace pour confirmer la cure, que l'on obtiendroit rarement par les premiers moyens, si on les employoit seuls.

On ne peut accuser la pléthore d'être la cause du pica qu'autant que la femme est robuste, son pouls plein, fort ; je crois que, même dans ce cas, il dépend beaucoup plus du surcroît de vitalité que reçoit l'utérus pendant la gestation que de la pléthore ; et si la saignée peut contribuer à réformer le goût, c'est qu'en modérant l'exaltation des propriétés vitales de l'utérus, elle modifie également la sensibilité de l'estomac et des intestins, qui n'est augmentée que sympathiquement.

Si la bouche est amère, la langue chargée, on doit employer les évacuans, soit purgatifs, soit émétiques, suivant l'indication. Les deux aphorismes d'Hippocrate que j'ai cités en traitant de l'inappétence, serviront également à fixer l'emploi de l'un de ces moyens préférablement à l'autre, ou à indiquer le besoin de les réunir dans un éméto-cathartique. Pour rétablir les digestions, on peut conseiller l'usage des eaux minérales.

Quelquefois la nature elle-même indique le traitement par la qualité des substances sur lesquelles porte l'appétit : le desir de manger de la craie, du plâtre, suppose des acides que l'on cherche à dissiper par l'usage des absorbans. Si dans cette complication on doit commencer la cure par ces substances, on doit la terminer par les toniques. Il est rare que les absorbans suffisent pour la guérison. Quelquefois cependant les absorbans, en détruisant la cause, font disparoître la maladie. Si on emploie la magnésie, le muriate calcaire, ces substances s'unissent avec les acides, et forment des sels neutres qui purgent la femme.

Les femmes attaquées de pica rendent assez souvent des glaires en assez grande quantité, ce qui prouve que, dans ce cas, la membrane muqueuse de l'estomac est le siége de la maladie. Si le vomissement survient assez souvent, c'est que, comme l'a fort bien remarqué Bichat, l'altération d'un seul des tissus d'un organe suffit pour troubler les fonctions de tous les

autres, quoiqu'il soit seul la source primitive du mal. La collection, dans l'intérieur de l'estomac, de sucs en plus ou moins grande quantité, auxquels le vulgaire donne le nom de *glaires*, suppose toujours un état de foiblesse de l'organe digestif : c'est un vrai catarrhe chronique de l'estomac. On doit employer les amers, comme la rhubarbe en poudre, ou deux ou trois verres, dans la matinée, d'une eau de rhubarbe à la dose d'un gros par pinte. Les infusions de mélisse, de petite sauge, de lierre terrestre, dont on prend deux ou trois verres par jour, sont aussi très-convenables. On peut ajouter à chaque verre une cuillerée à café d'oximel scillitique. Daubanton, qui a traité de cette indisposition chez les vieillards, a conseillé quelques grains d'ipécacuanha comme résolutif. L'ipécacuanha n'est utile que par la propriété qu'il a d'exciter la force contractile de l'estomac. On peut donner deux ou trois pastilles d'ipécacuanha par jour. On peut, comme on le pratique pour la rhubarbe, faire prendre tous les jours l'ipécacuanha à petite dose dans une cuillerée de soupe.

Le professeur Perilhe conseilloit, contre les glaires, trois ou quatre grains de résine de jalap avec six grains d'alcali fixe (potasse). Il suffit ordinairement de faire usage de cette préparation pendant dix jours. Par-dessus on fera boire une infusion théiforme de petite sauge. On a aussi employé avec succès, contre cette affection, des bols faits avec la rhubarbe en poudre et le savon médicinal, quatre grains de chaque substance incorporés dans l'extrait de genièvre : on en fait prendre quatre tous les matins. On donne aussi avec avantage le sirop d'ipécacuanha uni à l'eau de menthe.

Les vins spiritueux, que l'on emploie si communément dans le goût dépravé, ne peuvent convenir qu'aux femmes dont l'estomac est paresseux : ils seroient nuisibles dans les cas les plus ordinaires de pica, qui dépendent d'une irritation sympathique. Dans les cas même où l'estomac est foible, les amers sont plus convenables pour le fortifier, parce qu'ils causent moins de chaleur.

Des Nausées et des Vomissemens.

On entend par nausée un effort infructueux pour vomir. C'est le premier degré du vomissement. Ces accidens commencent quelquefois dès les premiers jours de la conception, et avertissent la femme qu'elle est grosse. Le médecin est plus réservé pour prononcer sur la grossesse d'après ce signe seul, parce qu'il sait que des filles et des femmes qui ne sont pas bien réglées éprouvent ces accidens sans être enceintes. Le vomissement, comme les affections précédentes, appartient spécialement à la classe des incommodités qui surviennent dans les premiers mois de la grossesse, quoiqu'on l'observe dans les différens temps de la gestation. Il est des femmes qui ne vomissent que le matin à jeun, et qui se portent bien le reste de la journée. D'autres, au contraire, n'y sont sujettes qu'après le repas. Il est plus fâcheux dans cette circonstance, parce que les alimens étant rejetés immédiatement après avoir été pris, la femme peut tomber dans le marasme, faute d'en conserver assez pour se nourrir. Le vomissement qui se renouvelle plusieurs fois avec violence, pendant toute la journée, est très-dangereux, et expose la femme à l'avortement. On voit cependant tous les jours des femmes accoucher au terme naturel d'enfans bien portans, quoiqu'elles aient été sujettes à des vomissemens fréquens qui ont persisté pendant toute la grossesse.

Les causes qui produisent le vomissement sont différentes, suivant les différens temps de la grossesse. Tant qu'on n'est pas parvenu à reconnoître la cause qui produit le vomissement, on ordonne au hasard, et on s'expose à nuire à la femme. A quelque époque que survienne le vomissement, et quelle qu'en soit la cause, il peut être grave ou léger, essentiel ou symptomatique. On appelle *vomissement essentiel* celui qui trouve sa source dans un dérangement primitif de l'estomac; *symptomatique*, celui qui dépend de l'affection d'une autre partie, mais spécialement de la matrice chez les femmes grosses.

Comme l'a très-bien remarqué M. Bouvenot dans sa Dissertation sur le Vomissement, il est des affections qui, quoique

étrangères au système gastrique, le troublent cependant par une influence sympathique, intervertissent ses fonctions, et se compliquent ou s'accompagnent souvent du vomissement.

Comme l'a dit Bichat, dans les Considérations générales qui sont à la tête de son Anatomie : « Combien les maladies seroient » faciles à étudier si elles étoient dépourvues de tout accident » sympathique ! Mais qui ne sait pas que souvent ceux-ci pré- » dominent sur ceux qui tiennent immédiatement à la lésion de » l'organe malade ? »

Comme je considère comme sympathique la plupart des affections qui tourmentent les femmes dans les commencemens de la grossesse, il n'est pas inutile d'indiquer quelle est l'idée que les médecins modernes attachent à cette expression. On entend par *sympathie* une excitation des propriétés de la vie dans un organe qui ne paroît avoir aucune communication directe avec celui qui est affecté. Ce mot sert à exprimer des phénomènes bien observés, mais dont l'essence et la manière dont ils sont produits nous sont inconnues.

Le vomissement qui survient dans les premiers temps de la grossesse est un phénomène sympathique et spasmodique qui dépend des changemens qui se sont opérés dans la matrice, et qui se font ressentir sympathiquement à l'estomac. Ce vomissement sympathique porte son influence sur les seules fibres charnues de l'estomac. Si l'influence sympathique portoit sur la membrane muqueuse, il y auroit sécrétion augmentée. Cette sympathie de la matrice avec l'estomac est si manifeste, que l'on a vu l'action seule du coït causer le vomissement chez quelques femmes, quoiqu'elles n'eussent pas conçu. L'approche des règles qui couloient avec douleur et irritation a suffi pour produire des vomissemens violens chez des filles qui n'usoient pas du coït. Cette affection du genre nerveux, admise comme cause éloignée du vomissement, ainsi que des autres accidens qui tourmentent les femmes dans les premiers mois de la grossesse, est conforme aux phénomènes que présente alors la nature. Peut-on méconnoître une affection spasmodique, lorsque l'on voit une femme qui jouissoit de la meilleure santé avant la

conception, éprouver des vomissemens dès les premiers jours, dans quelques cas, au sortir des bras de son mari ? On ne peut pas soupçonner qu'ils soient produits par la présence de matières étrangères contenues dans l'estomac, dont aucun signe d'ailleurs n'annonce l'existence.

Il est évident que l'utérus est le siége primitif de cette affection lorsqu'elle se manifeste dans les commencemens. Mais quel genre de lésion éprouve cet organe? Doit-on accuser la pléthore qui y survient à l'occasion de la suppression des règles, ou bien sa distension? La pléthore et la distension de la matrice n'ont pas lieu dans les premiers momens de la conception; car souvent les menstrues n'auroient pas encore paru, lors même que la matrice seroit encore dans l'état de vacuité. L'irritabilité qui s'établit vers cet organe en est la véritable cause.

Quelques phénomènes semblent cependant favoriser l'opinion de ceux qui attribuent à la suppression des règles les incommodités qu'éprouvent le plus souvent les femmes grosses. Les animaux qui ne sont pas sujets à cette évacuation, les femmes qui continuent d'être réglées pendant leur grossesse ne sont tourmentés ni par les vomissemens, ni par les dégoûts et autres affections spasmodiques de tous genres. Les femmes sanguines qui ont des menstrues abondantes en sont, dit-on, incommodées plus vivement que les femmes pituiteuses, très-grasses, dont l'écoulement est peu abondant. On connoît des exemples de femmes qui ont été réglées pendant toute leur grossesse, et qui ont été tourmentées de vomissemens pendant toute sa durée. J'ai vu aussi souvent les femmes pituiteuses éprouver des vomissemens que celles d'un tempérament opposé. J'ai cru observer qu'ils attaquoient plus spécialement celles dont la constitution est irritable. L'écoulement des règles, quoiqu'il existe grossesse, semble indiquer que la conception n'a pas été accompagnée d'un trouble universel et d'un mouvement extraordinaire vers la matrice, qui ait pu se communiquer sympathiquement à l'estomac ou à d'autres organes, et en pervertir les fonctions, tantôt en augmentant, tantôt en diminuant leur sensibilité. Cette affection sympathique et spasmodique de l'es-

tomac produit des effets différens suivant les dispositions de la femme et sa sensibilité, qui peut être plus grande dans un temps que dans un autre.

L'étiologie que je viens de proposer sur le vomissement qui survient dans les premiers temps de la grossesse suppose deux choses : la première qu'il peut exister lésion dans un organe parce que les fonctions d'un autre sont troublées; la seconde, que cette affection symptomatique peut quelquefois augmenter la sensibilité, et d'autres fois la diminuer. 1°. Cette sympathie d'affections entre divers organes n'a rien qui puisse surprendre aujourd'hui le médecin. M. Bouvenot, dans sa Dissertation, a fait voir que le vomissement est le plus souvent symptomatique. M. Barthez a prouvé, dans son Traité de la Science de l'homme, que les diverses parties du corps vivant se prêtent un secours mutuel dans l'exercice de leurs fonctions, et que l'irritation exercée sur un organe excite l'action de l'autre.

2°. Il ne doit pas non plus paroître extraordinaire que j'admette que tantôt le mouvement communiqué à l'estomac lui enlève sa sensibilité, et qu'il l'augmente d'autres fois. Si la sensibilité est diminuée, l'inappétence survient; si au contraire elle est augmentée, l'estomac, affecté douloureusement par les alimens, fait effort pour s'en débarrasser. On voit tous les jours la même cause produire des effets opposés, suivant la disposition où se trouvent les sujets sur lesquels elle agit. Si l'on pratique une saignée chez deux femmes grosses, elle produit quelquefois chez l'une une syncope et chez l'autre une convulsion. Il en est de même de la frayeur; et pour tirer mes preuves de l'affection même qui nous occupe, une femme vomit dans une grossesse, ce qui n'a pas lieu dans la suivante, parce que la matrice est affectée différemment, ou parce que l'estomac est moins disposé à en éprouver des influences sympathiques.

Ce vomissement finit ordinairement de lui-même vers le quatrième mois : quoiqu'il soit plus particulièrement affecté aux premiers mois de la grossesse, il peut cependant se continuer au-delà. S'il est léger, il ne demande que le régime, un exercice modéré et de bons alimens en petite quantité : on doit

choisir ceux qui sont propres à réveiller l'appétit. L'estomac, en général, paroît mieux s'accommoder des alimens assaisonnés avec le jus de citron, d'orange. Les bains, les fomentations émollientes sur le bas-ventre, les lavemens, sont utiles pour calmer l'irritation des nerfs. Quoiqu'Antoine Petit prétende que les anti-spasmodiques augmentent le mal, j'ai cependant vu des effets avantageux de l'usage de pilules composées de six grains d'assa-fœtida, deux de camphre, et de six grains de nitrate de potasse, dans des vomissemens nerveux et habituels. Les anti-spasmodiques les plus pénétrans ne peuvent-ils pas agir sur l'estomac et changer la direction de ses mouvemens? Je pense au contraire que, dans le cas où la saignée peut être utile pour calmer l'irritation de l'utérus, ou pour remédier à la pléthore, les anti-spasmodiques sont encore utiles pour dissiper le spasme qui existe toujours au moment de la conception, lors même qu'il ne seroit pas la cause unique du vomissement. Dans les vomissemens des premiers mois de la grossesse, de Haen a conseillé l'eau de menthe et le sirop associés au suc de limon et aux gouttes d'Hoffmann, qu'il faisoit prendre d'heure en heure par cuillerée, lorsque l'estomac étoit foible. M. Chrestien conseille d'y ajouter tantôt la racine de colombo, à la dose de dix grains, tantôt le carbonate de potasse et la magnésie. La racine de colombo répétée plusieurs fois par jour, selon l'intensité des accidens, est un puissant anti-émétique.

La saignée est souvent le moyen le plus sûr pour arrêter le vomissement. On doit y recourir toutes les fois qu'il est continuel et violent. On doit la regarder comme nécessaire si la femme est naturellement sanguine, et si le vomissement n'arrive que vers le troisième ou quatrième mois. Si une femme dont les évacuations sont très-abondantes avoit conçu au moment où elle devoit être réglée, la saignée seroit très-convenable pour modérer les vomissemens dont elle seroit tourmentée, quelque rapproché que fût le temps de l'imprégnation. Les observations de Rodéric à Castro, de Mauriceau, Lamotte, Smellie, Puzos, prouvent qu'elle est souvent employée avec avantage dans cette circonstance. Des observations recueillies par M. Lorentz, enlevé

depuis peu de temps à la médecine militaire, apprennent qu'il avoit calmé chez plusieurs femmes, dans l'état ou hors l'état de grossesse, des vomissemens rebelles par l'application des sangsues sur la région de l'estomac.

Mauriceau donne l'histoire d'une dame qui avoit déjà éprouvé un avortement pour des vomissemens continuels, et qui étoit sur le point de voir cet accident se renouveler une seconde fois par la même cause lorsqu'il fut consulté, si on ne réussissoit pas promptement à les modérer. Il conseilla la saignée, à laquelle la dame se refusa d'abord, d'autant plus que les médecins consultans n'étoient pas de cet avis. Divers moyens ayant été tentés inutilement, la dame se décida enfin à suivre le conseil de Mauriceau, qu'elle avoit rejeté la première fois, parce qu'elle ne trouvoit pas que son âge correspondît à sa réputation. La saignée produisit tout l'effet qu'il en attendoit, et le succès qu'il en obtint fit voir qu'il avoit eu raison de la regarder comme le seul moyen qui pût conserver la grossesse en modérant la violence des vomissemens.

Si la femme présente des signes de saburre dans les premières voies, comme langue chargée, amertume de la bouche, mal de tête, les évacuans, soit vomitifs, soit purgatifs, sont indiqués; car le vomissement produit par la gestation ne les exige pas par lui-même. Le cas de complication gastrique est le seul où l'aphorisme d'Hippocrate, *vomitus vomitu curatur*, puisse souffrir une application : dans les autres espèces son usage pourroit avoir des suites funestes.

Il survient quelquefois, vers le septième mois, un vomissement aux femmes qui portent leur enfant fort haut : il dépend de la compression qu'éprouve l'estomac de la part de la matrice : il ne cesse communément qu'après les couches. La guérison radicale est impossible, puisqu'on ne peut pas faire cesser la compression mécanique qui en est la cause. La pression modérée sur l'abdomen, conseillée par Smellie pour s'opposer à l'élévation de la matrice, et pour prévenir les vomissemens qui surviennent dans les derniers temps de la grossesse, me paroît présenter des inconvéniens graves chez une

femme enceinte, qui est exposée à avorter lorsqu'elle serre trop ses vêtemens pour conserver l'élégance de sa taille, ou pour cacher sa grossesse.

Dans tous les cas de vomissement, le régime doit faire une partie essentielle du traitement. Les femmes doivent manger peu et souvent, prendre de l'exercice, aller respirer l'air de la campagne. Il en est quelques-unes qui avoient été sujettes à des vomissemens dans toutes leurs grossesses, et qui en ayant été délivrées en allant passer les premiers mois à la campagne, les éprouvoient de nouveau dès qu'elles revenoient à la ville. Pendant leur séjour, on peut leur faire faire usage des eaux ferrugineuses, telles que celles de Vichi, que l'on coupe avec du lait.

Les substances aromatiques, les infusions amères, que l'on emploie si communément dans les vomissemens des femmes grosses, sont rarement indiquées ; elles ne peuvent être utiles que chez celles dont l'estomac seroit foible et languissant : mais le vomissement n'arrive pour l'ordinaire qu'aux femmes nerveuses ou sanguines. L'on a donc plus souvent besoin de la saignée, des tempérans, des anti-spasmodiques, que des amers et des aromatiques.

De la Diarrhée.

La sensibilité des intestins augmentée sympathiquement par l'état de grossesse, occasionne une fluxion sur ces organes et donne lieu à la diarrhée, qui n'est autre chose qu'un catarrhe, un coryza des intestins. En effet le dévoiement est le produit de l'irritation de la membrane muqueuse des intestins ; elle est plus ou moins vive : lorsqu'elle est portée au point de produire la fièvre, elle constitue la dysenterie. Ces deux maladies ont le même siége (la membrane muqueuse des intestins), et elles ne diffèrent que par le degré de l'irritation.

Des saburres qui séjournent dans le canal intestinal peuvent l'irriter et y occasionner un afflux d'humeurs. La foiblesse de l'estomac et des intestins, qui a été quelquefois occasionnée par les vomissemens qui ont précédé, par des chagrins et autres

affections tristes, peut être la cause de la diarrhée. Elle est toujours dangereuse alors, parce que l'affoiblissement de ces organes prive les parties des fluides nécessaires à leur réparation. Les femmes qui ont des dévoiemens de cette espèce accouchent ordinairement d'enfans très-foibles.

Si le flux de ventre est considérable et qu'il continue longtemps, il expose la femme à avorter. *Mulieri utero gerenti, alvus si multum profluat, abortionis periculum*, aphorisme 33, section v. Cet accident est encore plus à craindre si, à l'opiniâtreté du dévoiement, se joignent des coliques, des épreintes, des ténesmes, qui peuvent exciter des contractions dans les muscles abdominaux et dans la matrice. *Mulieri in utero habenti, tenesmus superveniens abortum facit.* La présence du sang dans les selles, des épreintes vives ne suffisent pas pour considérer le flux de ventre comme dysentérique : le simple dévoiement peut présenter des déjections sanguinolentes, tandis que quelquefois il n'existe point de sang dans la vraie dysenterie. Si le plus souvent, dans la dysenterie, les déjections sont sanguinolentes, la présence du sang n'est cependant pas nécessaire pour constituer la dysenterie, comme le prétendent avec raison Stoll et Cullen. Leurs vrais caractères distinctifs consistent, 1° en ce que dans la dysenterie les malades ne rendent pas de véritables excrémens, quoique les déjections soient fréquentes, mais seulement une petite quantité de matières muqueuses ; ou s'ils rendent quelquefois des excrémens, ils sortent sous forme de boules durcies ; tandis que dans la diarrhée, il y a une évacuation abondante de matières excrémentitielles plus ou moins liquides. 2°. Dans la dysenterie, il y a toujours fièvre, tandis qu'il n'y en a point dans la diarrhée.

J'ai dit que le dévoiement des femmes grosses pouvoit être dû à trois causes différentes. Il est essentiel de distinguer avec précision les signes qui caractérisent chacune d'elles. Le dévoiement des premiers temps de la grossesse, comme le vomissement, doit être regardé comme une affection spasmodique produite par l'irritation sympathique des instestins :

cette espèce est caractérisée par l'absence des signes de la diarrhée saburrale. Malgré des évacuations plus ou moins fréquentes, la bouche, la langue, l'appétit, le goût pour les alimens se conservent presque dans l'état naturel. La tête est plus libre, les évacuations sont plus séreuses dans la diarrhée qui dépend de l'irritation des intestins, que dans celle qui est saburrale. Si ce dévoiement est léger, il n'exige aucun remède; il ne dérange le plus souvent ni l'appétit ni le sommeil; il se termine de lui-même au troisième mois. Si l'on conseille quelques médicamens, comme les stomachiques, c'est plutôt pour satisfaire l'imagination de la femme, que parce qu'on les croit utiles pour fortifier les voies digestives. Les lavemens émolliens et narcotiques sont nécessaires lorsque les douleurs sont assez vives pour faire craindre l'inflammation : quelques auteurs recommandent l'application des sangsues à l'anus.

Le dévoiement qui arrive vers le troisième mois reconnoît d'ordinaire pour cause un amas de saburres dans les premières voies. Les signes caractéristiques de la diarrhée saburrale sont le dégoût pour les alimens, la perte de l'appétit, le mauvais état de la bouche et de la langue, la difficulté de la digestion, l'embarras de la tête, la sensibilité de la région épigastrique. Cette espèce exige les vomitifs; on doit insister ensuite sur l'exercice et sur un régime convenable; les potages avec le riz, la semouille, le vermicelle, le salep, me paroissent préférables aux viandes rôties, que conseille Antoine Petit, pour lesquelles les femmes ont assez souvent de la répugnance dans les diarrhées de cette espèce : le régime végétal doit, au contraire, être conseillé. Les substances qu'il proscrit, loin d'être nuisibles et de former, comme il le pense, une colle qui entretienne le dévoiement, me paroissent au contraire très-convenables : elles contiennent beaucoup de matière nutritive sous un petit volume, et sont très-faciles à digérer. La propriété dont elles jouissent de ne fournir presque pas de matières excrémentitielles lorsque l'estomac fait bien ses fonctions, est si tranchée, qu'on leur a attribué pendant long-temps la faculté de resserrer le ventre. Si elles produisent un effet qui paroît resserrant, ce n'est

pas en agissant à la manière des astringens, des aromatiques, des toniques. Les selles sont diminuées, parce qu'en usant de ces substances, qui sont presqu'entièrement nutritives, il reste très-peu d'excrémens.

Si le dévoiement est accompagné de coliques, on doit employer pour boisson une solution de gomme arabique, une eau de riz, ou une autre boisson semblable tirée de la classe des adoucissans. Lorsqu'il n'y aura plus de douleur, on donnera avec avantage une décoction de racine de patience sauvage, ou bien une infusion de camomille. On peut aussi faire prendre une eau de rhubarbe légère (un gros par pinte), une eau minérale dont on prescrit deux ou trois verres dans la matinée. Un gros de diascordium, donné le soir, est utile pour dissiper le spasme qui accompagne les diarrhées; mais on doit s'en abstenir dans les commencemens. Les légers narcotiques, les astringens ne doivent être employés pour modérer ces diarrhées que lorsqu'elles sont anciennes et opiniâtres. Dans les commencemens, les lavemens adoucissans sont utiles comme dans l'espèce précédente; ils calment en entraînant les matières qui irritent les intestins. Lorsqu'elle est ancienne, il faut se servir de lavemens avec le quinquina ou autres toniques auxquels on peut ajouter vingt-cinq à trente gouttes de laudanum liquide.

On ne doit employer qu'avec beaucoup de réserve les purgatifs que plusieurs auteurs ont conseillés de substituer aux vomitifs. Un usage fréquent de ces moyens entretiendroit au contraire le dévoiement, parce qu'il favoriseroit la formation de nouvelles saburres, en débilitant l'estomac. Si la présence de matières qui n'ont pas pu être expulsées par les vomitifs les rend nécessaires, on doit préférer les amers. Les premières voies débarrassées, il faut insister sur les stomachiques. On donne les bouillons, les apozèmes amers, les eaux minérales. Si la diarrhée est très-fétide, et paroît prendre un caractère de putridité, elle doit porter à craindre, lorsqu'elle s'annonce avant les couches, qu'il ne survienne après la délivrance une fièvre du genre des adynamiques. On doit faire usage du quinquina acidulé. Les

boissons toniques doivent être édulcorées avec le sirop de limon, de groseille, de vinaigre, etc.

S'il existe des acides dans les premières voies, ce qui est assez fréquent lorsque les digestions sont dérangées, on donnera d'abord les absorbans, tels que la magnésie seule ou combinée avec la rhubarbe. Après avoir dissipé les aigreurs, on doit s'occuper de fortifier le canal intestinal par les moyens indiqués précédemment.

Dans le cas de foiblesse des intestins, la diarrhée est quelquefois lientérique. Dans cette affection, les malades rendent les alimens sans qu'ils aient presque éprouvé d'altération. Les toniques, les eaux ferrugineuses, les vins médicinaux où l'on a fait infuser l'absinthe, la petite centaurée, la gentiane sont les moyens curatifs indiqués. Les analeptiques, qui sont des alimens médicamenteux, sont surtout très-propres à remplir les vues curatives qui se présentent dans cette circonstance.

Des Coliques.

Les femmes grosses éprouvent souvent des douleurs dans la région de l'abdomen. Leur siége, qui est le plus ordinairement dans le colon, les a fait nommer *coliques*. Celles qui surviennent dans les premiers temps sont dues à un état de spasme et d'irritation des intestins qui trouve sa source dans les changemens qui se sont opérés vers l'utérus. J'ai vu une colique de cette espèce alterner avec un dévoiement de même nature chez une femme éminemment nerveuse, et l'un et l'autre être calmés par le bain.

C'est avec raison que M. Barthez dit que des recherches très-attentives sont toujours nécessaires lorsqu'on veut reconnoître des coliques nerveuses. Bichat considère ces coliques essentiellement nerveuses comme indépendantes de toute affection locale du système musculaire des intestins, et comme de véritables névralgies du système nerveux de la vie intérieure, qui diffèrent essentiellement des névralgies du système nerveux de la vie animale. Celui qui veut bien connoître les névralgies doit consulter le tableau synoptique qu'a pro-

posé M. Chaussier sur ce genre de maladies. On ne peut guère établir leur diagnostique que par des signes exclusifs. Pour distinguer si la colique est essentiellement nerveuse, on commence par s'assurer qu'il n'existe aucune matière étrangère qui puisse irriter le canal intestinal par son séjour, aucune lésion idiopathique des intestins, comme une inflammation, une distension flatueuse. L'hystérie se manifeste fréquemment sous forme de coliques chez les femmes grosses, et surtout chez les nouvelles accouchées. Dans ces coliques hystériques les urines sont quelquefois supprimées ou diminuées; ce qui est important à observer, pour ne pas prendre ces douleurs pour celles d'une néphrétique. Cette dernière n'exige pas d'autre traitement que celui que j'ai indiqué pour l'affection hystérique.

Il faut encore prendre garde de confondre des inflammations du foie, des reins, des intestins, qui ont quelquefois été décrites sous le nom de *coliques*, avec des douleurs dans le bas-ventre produites par la grossesse. Lorsqu'il y a fièvre, que la douleur est fixe, constante, que la femme ne peut pas supporter la pression de la main sur le bas-ventre, les douleurs ne peuvent plus être considérées comme de simples coliques, suites de la grossesse, dans lesquelles le pouls n'est pas fébrile, quelque vives que soient les douleurs. Celles qui tiennent à la grossesse ont des intermittences, et n'occupent pas constamment le même lieu.

Les coliques spasmodiques et sympathiques des premiers temps de la grossesse ont beaucoup d'analogie, si elles ne sont pas absolument de même nature, avec celles qu'éprouvent certaines femmes aux approches et pendant la durée de leurs règles. Elles exigent les bains, les fomentations émollientes, les lavemens, les hynoptiques. Une infusion de fleurs de tilleul ou de camomille est la boisson qui convient. On peut ajouter quelques gouttes de laudanum liquide dans chaque tasse que l'on fait prendre à la femme. M. Barthez, dans son Mémoire sur les Coliques iliaques essentiellement nerveuses (tome III de la Société médicale de Paris), observe que quelquefois les bains, loin de soulager, aggravent les douleurs d'une manière

très-marquée. Les narcotiques ne produisent aussi qu'un soulagement momentané. L'effet calmant passé, les douleurs lui ont paru quelquefois redoubler après l'emploi des narcotiques. Il regarde les anti-spasmodiques comme préférables. Les plus pénétrans, comme l'assa-fœtida, le camphre, donnés à petites doses répétées souvent, lui ont semblé les plus utiles. Dans les deux observations qu'il rapporte de cette colique, il a donné toutes les trois heures une pilule composée de six grains d'assa-fœtida, deux de camphre, et six de nitrate de potasse (sel de nitre).

Les coliques qui ont lieu depuis le troisième mois de la grossesse surviennent spécialement chez les femmes dont les digestions sont dérangées, et qu'un appétit dépravé a portées à user d'alimens de mauvaise qualité. Ces coliques sont produites tantôt par une quantité considérable d'air qui, ne pouvant s'échapper, gonfle et distend les intestins; tantôt par des matières, résidu de mauvaises digestions, qui agacent le canal intestinal. Quelquefois ces causes agissent séparément; d'autres fois elles se trouvent réunies. Ces douleurs peuvent devenir assez violentes pour occasionner de l'agitation, de l'insomnie. Leur continuité pourroit amener l'avortement. Dans la colique saburrale, il y a des nausées, quelquefois des vomissemens; la langue est chargée. Les douleurs sont le plus souvent suivies de l'excrétion de matières fécales. Tous ces symptômes n'ont pas lieu dans la colique venteuse qui ne seroit pas compliquée avec la précédente. Dans cette dernière, le siége des douleurs varie davantage. La colique venteuse et la colique saburrale sont rarement dangereuses : elles se terminent souvent d'elles-mêmes par un dévoiement.

Dans les derniers temps de la grossesse quelques femmes sont sujettes à une colique à laquelle on pourroit donner le nom de *stercorale*, parce qu'elle est déterminée par l'accumulation des excrémens, qui est la suite de la pression que la matrice, qui est très-développée, exerce sur le rectum et les autres intestins. Ce canal étant comprimé d'une manière inégale, il peut offrir des resserremens partiels qui donnent lieu à des renflemens, à des espèces de cul-de-sac dans lesquels s'ar-

rêtent les matières fécales. Dans ce cas, l'abdomen présente dans divers points des tumeurs inégales que l'on a pris quelquefois pour des engorgemens des glandes du mésentère, ou pour des squirrhosités des intestins. Il y a toujours, dans ce cas, constipation opiniâtre. Ces tumeurs abdominales disparoissent lorsqu'on a provoqué des selles, et se forment de nouveau si on n'entretient pas la liberté du ventre.

Si les douleurs que la femme éprouve sont causées par des vents, elle est soulagée par l'application de serviettes chaudes sur l'abdomen. Des frictions pratiquées sur cette région avec des linges chauds sont très-propres à faciliter le dégagement de l'air. Des lavemens carminatifs et narcotiques sont aussi très-utiles. On pourroit croire que les lavemens ne sont pas indiqués dans les coliques venteuses, parce qu'ils doivent augmenter les douleurs en occupant une grande partie du canal intestinal. L'augmentation des douleurs est réelle au moment où l'on administre les lavemens, mais elle dure peu; lorsqu'on les rend, ils entraînent avec eux beaucoup d'air et de matières et procurent un soulagement sensible. J'ai employé avec beaucoup d'avantage les bains lorsque la douleur étoit très-vive. Cependant, si le bain ne peut pas faire cesser la constriction spasmodique qui existe dans certaines parties du canal intestinal, il peut augmenter les douleurs en accroissant la distension flatueuse des portions non resserrées de ce canal.

Les digestions imparfaites produisent, pour l'ordinaire, une très-grande quantité de vents dans l'estomac : c'est cet état que l'on désigne vulgairement sous le nom de *colique d'estomac*. On peut faire prendre une infusion amère et stomachique, comme celle de genièvre ou d'*enula campana*. Lorsque les accidens sont urgens, on doit recourir au vomitif.

Dans la colique saburrale, après avoir donné pendant quelques jours des délayans, des mucilagineux, il faut recourir aux vomitifs, aux purgatifs amers, suivant que la turgescence se manifeste par haut ou par bas, ou à un émétocathartique, s'il existe en même temps des signes d'embarras stomacal et intestinal. Les évacuans sont préférables à l'opium, que quel-

ques praticiens conseillent. Il ne peut procurer qu'un soulagement passager, parce qu'il n'enlève pas les matières qui, par leur présence, continuent à irriter les intestins. Les douleurs une fois dissipées, il faut travailler à en prévenir le retour. Les infusions amères, les eaux minérales, etc., et autres moyens propres à fortifier l'estomac, sont les mieux indiqués pour prévenir la récidive d'une maladie qui dépend essentiellement du vice des digestions.

Si les femmes sont attaquées de coliques pour s'être exposées au froid, il faut les tenir au lit, appliquer sur l'abdomen des serviettes chaudes, ou le frotter avec ces mêmes linges pour rétablir la transpiration. On sollicite les sueurs par des boissons chaudes et légèrement aromatiques, comme la fleur de sureau. Les fomentations émollientes, et en général tous les corps chauds appliqués sur les extrémités inférieures, dont la pratique étoit familière à Sydenham dans des cas analogues, seroient employés avec beaucoup d'avantage.

Des Douleurs d'estomac, et plus spécialement de celles connues sous le nom de Soda, *de* Crampe nerveuse *de* l'estomac.

Les douleurs d'estomac sont celles que ressentent le plus communément les femmes grosses : elles en éprouvent dans tous les temps de la grossesse, mais surtout dans les commencemens. Celles qui ont lieu dès les premiers momens de la conception dépendent souvent, comme je l'ai dit pour le vomissement, les coliques, d'un état de spasme dont le siége primitif est dans la matrice, et qui se propage par sympathie à l'estomac, dont il exalte les propriétés vitales. On reconnoît que les douleurs d'estomac sont un symptôme de l'hystérie qui trouble les fonctions de cet organe, en ce qu'elles sont, pour l'ordinaire, accompagnées d'ennui, de bâillemens, d'une tristesse profonde. Ces douleurs spasmodiques, qui ont lieu dans les premiers temps, sont ordinairement légères; elles n'exigent que le régime, l'exercice, des boissons légèrement anti-spasmodiques. Si ces douleurs, occasionnées sympathi-

quement par l'irritation de l'utérus, sont vives, il faut recourir aux bains, aux fomentations émollientes, aux narcotiques, aux anti-spasmodiques. Sydenham a vanté, dans cas, l'usage de ses gouttes anodines. On ne peut pas les attribuer, comme le font plusieurs auteurs, à la difficulté qu'éprouve l'utérus dans son développement, puisque sa cavité, dans les premiers momens, est plus grande qu'il ne faut pour contenir le fœtus.

Chez quelques femmes, les douleurs d'estomac sont occasionnées par des acides, suites assez ordinaires de mauvaises digestions. Les femmes ont des rapports aigres, des envies de vomir, quelquefois des expectorations de phlegmes acides. La douleur est plus vive le matin, et se dissipe quand elles ont pris des alimens; elle est portée quelquefois au point que quelques-unes ressentent comme un sentiment de feu dans l'estomac et l'œsophage. Le premier degré de ce sentiment douloureux de chaleur à la gorge et au pharynx a été appelé *cardialgie*, de καρδια, orifice, et de αλγος, douleur. Dans le plus grand nombre des cas, cette sensation provient des rapports sympathiques de l'utérus avec l'estomac; dans d'autres, il est occasionné par une accumulation d'humeurs âcres, et le vomitif devient indispensable.

Le dernier degré de ce sentiment de chaleur vers la gorge et l'estomac a été nommé *soda* ou *fer chaud*, parce que les individus qui l'éprouvent ont quelquefois comparé cette sensation à celle d'un fer chaud que l'on passeroit sur ces parties. La bile, par son séjour prolongé dans l'estomac, des acides, peuvent causer le soda ou cette sensation de chaleur brûlante : l'affection doit alors être considérée comme idiopathique. Mais dans beaucoup de cas, cette sensation de fer chaud nommée *soda*, *pyrosis*, que l'on ressent à l'estomac, est purement sympathique chez les femmes enceintes.

Dans la cardialgie et le soda, que je considère seulement comme des degrés différens d'une même affection, les indications curatives peuvent se réduire à deux chefs. On ne peut guérir ou diminuer cette sensation qu'en neutralisant les fluides accumulés dans l'estomac, ou qu'en les expulsant. Quand les ardeurs d'estomac sont vives, comme dans le soda, la pru-

dence dicte d'employer d'abord les calmans et les anti-spasmodiques, des boissons abondantes. Par leur continuité, ou si on venoit à les exaspérer par des évacuans employés à contre-temps, elles pourroient produire la phlogose de l'estomac, toujours très-irritable chez les femmes grosses. L'éther sulfurique convient dans ces douleurs d'estomac. On pourroit aussi employer l'éther acétique, que M. Sédillot jeune préfère à l'opium dans ces affections et dans les coliques de l'estomac.

Quand les douleurs sont dues à la présence d'un acide, on doit commencer la cure par les absorbans. On doit préférer ceux qui, comme la magnésie, neutralisent ces substances en s'unissant avec elles. De leur combinaison résulte un sel qui stimule le canal intestinal dont l'action en procure l'expulsion. Lorsque des douleurs vives annoncent une irritabilité extrême il faut unir à la magnésie l'oxide blanc de bismuth. M. Chaussier conseille l'usage du vinaigre contre les acides. La présence des acides suppose toujours qu'il existe foiblesse de l'estomac. Les amers, l'eau de rhubarbe, les vins médicinaux où l'on fait infuser des substances amères, conviennent pour confirmer la cure, et pour empêcher qu'il ne se forme de nouveaux acides, en ranimant l'action de cet organe.

Parmi les douleurs d'estomac, il en est une qui mérite une attention particulière de la part des médecins : c'est celle que l'on connoît vulgairement sous le nom de *colique d'estomac*, et qui a été nommée *crampe nerveuse de l'estomac* par Buchan, dans sa Médecine domestique.

Cette maladie, dont les médecins n'avoient point encore fixé les caractères avec assez de précision, et qu'ils avoient souvent confondue avec des cardialgies symptomatiques, a fourni à M. Mahot le sujet d'une monographie écrite avec beaucoup de discernement, et basée sur des observations tirées des meilleurs auteurs. On doit la considérer comme une maladie idiopathique de l'estomac, à laquelle le nom de *crampe nerveuse* adopté par Buchan me paroît très-bien convenir, parce qu'il donne une idée précise sur sa nature; car les médecins sont convenus de donner le nom de *crampe* à la contraction spasmodique et

extrêmement douloureuse d'un ou de plusieurs muscles : or, la description de cette maladie porte nécessairement à penser qu'elle consiste dans une contraction spasmodique violente et douloureuse des fibres musculaires qui entrent dans la structure de l'estomac. Si cette contraction est plus douloureuse lorsqu'elle attaque l'estomac, si elle cause plus d'accidens que lorsqu'elle a son siége dans les muscles de la vie animale, c'est que cet organe est plus sensible et exerce plus d'influence sur le reste de l'économie. Je considère, avec M. Chaussier, la crampe comme une névralgie gastrique.

On doit regarder comme un signe pathognomonique de cette maladie une douleur violente dans la région de l'estomac, douleur accompagnée tantôt d'un sentiment de déchirement, de pincement, de morsure, tantôt d'une sensation de serrement si atroce, que le malade se croit à chaque instant sur le point d'expirer. Cette douleur peut se dissiper sur-le-champ et sans retour. Toutes les fois que la douleur n'est que passagère, quoique très-vive, les fonctions n'en éprouvent aucune altération manifeste. Mais quand elle se prolonge au-delà de quelques instans avec toute sa violence, bientôt on voit le visage pâlir, le sentiment et la connoissance se perdre. J'ai vu les syncopes se prolonger à la suite de ces accès, quoiqu'ils fussent d'assez courte durée. Chez d'autres malades, il survient des vomissemens qui, joints au sentiment de pression qu'elles éprouvent, leur font suspecter à tort une indigestion. Le spasme de l'estomac entraîne le désordre de tous les autres organes sur lesquels il exerce une influence si marquée.

J'ai vu chez la même femme ces divers symptômes, et beaucoup d'autres analogues, tels que frissons, roideur des membres, sueurs froides, se succéder alternativement après quelques instans de repos. Si la maladie est portée à son dernier période, les évacuations se suppriment, la déglutition devient impossible, la respiration et la circulation sont extrêmement gênées. La constipation est si opiniâtre, qu'à force de lavemens on a beaucoup de peine à obtenir quelques évacuations, dont les matières sont toujours dures, noires, et semblables à des crottes de

chèvres. Si les paroxysmes, quoique violens, laissent entre eux des intervalles de repos assez longs, la maladie peut se prolonger plusieurs jours sans être funeste. Mais si les intervalles de repos sont très-courts et les accès très-douloureux, la malade peut mourir en peu d'heures, comme Boerhaave, Bodin des Plantes, de Nantes, en citent des exemples chez des individus qui éprouvoient des douleurs d'estomac atroces, et qui ont succombé en moins de trois heures.

Pour rendre le diagnostique de la crampe d'estomac encore plus évident, je vais établir les différences essentielles qui doivent la faire distinguer de beaucoup d'autres affections avec lesquelles elle a été confondue, parce qu'elle a avec elles quelque analogie. Elle diffère de l'inflammation de ce viscère par l'absence de la fièvre, la lenteur du pouls, l'atrocité et l'intermittence des douleurs. Whitt (*Maladies nerveuses*, tome 1er, pag. 42) et M. Hallé ont reconnu qu'une douleur spasmodique qui se fait ressentir vivement dans l'estomac rend souvent le pouls plus lent que dans l'état naturel; il est en outre serré, concentré, convulsif. A l'ouverture des cadavres de personnes mortes de crampe d'estomac, on n'a pas trouvé de traces d'inflammation. Quand, à la suite de pareilles tortures, on trouveroit, dit M. Mahot, dans la dissertation que j'ai déjà citée, la tunique interne de l'estomac rougeâtre; quand après une irritation aussi vive on rencontreroit dans sa cavité des fluides de diverses couleurs, tout cela pourroit encore être regardé plutôt comme un effet que comme la cause des accidens. La sécrétion qui se feroit dans l'estomac seroit analogue à celle qui a lieu dans la coqueluche, où le spasme qui saisit le diaphragme et la glotte détermine, par une irritation *sui generis*, et qui revient par accès, des vomissemens glaireux et une expectoration pituiteuse.

La crampe nerveuse de l'estomac diffère de la colique des peintres par le siége de la douleur, qui, dans cette dernière, est dans l'abdomen, et plus spécialement vers l'ombilic, par la différence dans la sensibilité de la partie affectée, par la marche des accidens, qui est chronique dans la colique des peintres,

tandis que celle de la crampe nerveuse de l'estomac est une des plus rapides de toutes les maladies connues. Elle diffère du soda, en ce que ce dernier peut subsister long-temps sans porter des atteintes graves aux autres fonctions; en ce que cette sensation de fer chaud est souvent la suite, ou du moins s'exaspère à l'occasion de l'introduction des alimens dans l'estomac, tandis que la crampe nerveuse est quelquefois causée par l'abstinence.

Une constitution sensible, hypochondriaque, dispose éminemment à la crampe d'estomac. On doit ranger parmi les causes prédisposantes un tempérament disposé aux affections arthritiques, rhumatisantes.

On doit regarder comme causes occasionnelles toutes celles qui peuvent porter une impression vive sur l'estomac, comme la terreur, la colère, le chagrin portés à l'excès, les boissons à la glace, l'usage des acides, les purgatifs âcres et irritans, le froid sur la région épigastrique. Les personnes qui ont éprouvé des crampes d'estomac doivent éviter les violentes émotions de l'ame, porter sur cette région un morceau de flanelle, ou encore mieux, une peau de lièvre, de lapin, s'abstenir de toute espèce d'alimens âcres, et de tout excès de liqueurs spiritueuses.

On a deux indications à remplir dans le traitement de la crampe nerveuse de l'estomac : 1° calmer la douleur et l'irritation en faisant cesser le spasme; 2° rappeler à l'extérieur les mouvemens concentrés d'une manière vicieuse vers cet organe.

Les calmans, les anti-spasmodiques donnés à l'intérieur, sont les moyens propres à remplir la première indication. L'extrait gommeux d'opium, l'éther sulfurique à fortes doses, l'éther acétique à la dose de deux à trois gros par jour, paroissent être, parmi toutes les préparations puisées dans l'une de ces classes, celles qui méritent la préférence. Pour retirer des avantages de l'opium, il faut le donner à haute dose, comme l'établissoit le professeur Peyrilhe : plus l'irritation est vive, plus les doses doivent être fortes. Il faut en administrer plusieurs grains en quelques heures, soit qu'on le fasse prendre seul, ou délayé dans quelques onces d'eau aromatique. Le docteur Odier, de Genève, a préconisé l'oxide blanc de bismuth contre les crampes

nerveuses de l'estomac. Je l'ai toujours employé avec le plus grand succès dans le traitement de cette affection. Une dose de six grains calme assez subitement les douleurs; mais elles ne tardent pas à reparoître, si on ne la répète pas de manière à administrer vingt-quatre ou trente grains dans les cas graves. Je fais prendre cette poudre dans une cuillerée d'eau sucrée; d'autres l'incorporent dans du sirop ou du miel. La ciguë a quelquefois produit du calme dans cette maladie, mais d'une manière moins prononcée que l'oxide blanc de bismuth. On doit recourir aux lavemens adoucissans, que l'on rend narcotiques par l'addition de quelques portions de tête de pavot. La diète sera adoucissante. Il seroit utile de rendre les bouillons de veau, de poulet que l'on fait prendre à la malade, légèrement calmans par l'addition de portions de tête de pavot.

Les bains, qui paroissent si propres à dissiper les spasmes intérieurs, et qui sont si souvent employés par les médecins dans cette affection, sont presque toujours nuisibles. On doit attribuer l'augmentation des accidens, lorsqu'on emploie les bains, au sentiment pénible de froid qu'éprouve la malade en entrant dans l'eau et en sortant. En effet, on est extrêmement sensible au froid dans la crampe nerveuse de l'estomac, et l'on se trouve bien d'entretenir constamment des linges très-chauds sur cette région.

Lorsque les calmans ne suffisent pas, on doit chercher à rappeler les mouvemens vers la circonférence du corps. Des frictions sur le creux de l'estomac avec des flanelles chaudes, des embrocations huileuses chaudes sur la partie malade, auxquelles on ajouteroit des calmans, tels que le baume tranquille, apportent ordinairement quelque soulagement. Lorsque ces moyens ne réussissent pas, il faut appliquer un large vésicatoire sur le creux de l'estomac. On doit le saupoudrer de camphre pour éviter son action irritante sur les voies urinaires. Dans un cas aussi promptement mortel, pour rendre son action plus prompte, on devroit frotter, avant de l'appliquer, la partie avec de l'ammoniaque. L'expérience a prouvé l'efficacité de ce moyen à MM. Desplantes et Mahot. Un malade a rapporté au premier médecin que je viens de citer, que dès le moment où le vési-

catoire commenca à se faire sentir, les douleurs d'estomac s'étoient entièrement dissipées. Il est probable que les vésicatoires seroient également utiles dans les coliques spasmodiques.

Les vomissemens qui ont souvent lieu dans la crampe d'estomac n'offrent pas l'indication de donner l'émétique, qui, le plus souvent, pourroit occasionner la mort. Ces vomissemens, produits de l'irritation et du spasme, ne demandent que des calmans.

L'air qui se dégage et se raréfie dans l'estomac est quelquefois la cause des douleurs momentanées que les femmes éprouvent dans cet organe : elles rendent alors souvent des vents qui les soulagent. Les carminatifs associés aux toniques sont les moyens que l'on doit employer pour calmer ces douleurs, comme une infusion de genièvre, de camomille, dans laquelle on met une pincée d'anis, ou quelques gouttes d'éther sulfurique dans chaque tasse de boisson. On doit continuer long-temps les toniques, parce que cette distension flatulente indique toujours que les digestions sont pénibles.

Si la pléthore sanguine produit les douleurs d'estomac, elles sont plus constantes ; elles sont accompagnées d'un sentiment de chaleur, de coloration du visage, de douleurs de tête gravatives, de la force et de la plénitude du pouls. Cette espèce ne peut se dissiper que par la saignée.

Il est, au contraire, des douleurs qui dépendent de la foiblesse de l'estomac; elles arrivent aux femmes dont l'estomac étoit malade avant la grossesse, à celles qui ont éprouvé des chagrins, qui ont usé de boissons tièdes, qui affoiblissent à la longue l'estomac. On doit supçonner cette cause lorque la douleur augmente après le repas, et que les femmes sentent au moment de la digestion comme un poids qui les suffoque. Elles sont alors sujettes à être tourmentées de vents. C'est dans cette espèce que l'on doit administrer les vins généreux, les vins médicinaux, les substances aromatiques, qui seroient nuisibles s'il existoit pléthore ou une irritation vive, soit idiopathique, soit sympathique. Les douleurs d'estomac, chez les femmes grosses, trouvent plus souvent leur source dans l'une de ces dispositions que dans la foiblesse de l'estomac.

De la Douleur des Mamelles.

Le gonflement et la douleur des mamelles sont inséparables de la grossesse ; mais ils ne peuvent pas devenir pour la femme un indice certain de cet état, parce que ces phénomènes surviennent aussi à la suite de la simple suppression des règles. La douleur est ordinairement si légère que les femmes ne s'en plaignent pas, quoiqu'elle se manifeste quelquefois dès les premiers jours de la conception. On accuse communément la pléthore produite par la suppression des règles d'être la cause du gonflement des organes mammaires. Mais ce phénomène dépend évidemment du rapport sympathique qui existe entre eux et l'utérus, puisqu'il se manifeste avant l'époque où les règles auroient dû paroître. Il s'opère de la même manière que celui qui a lieu aux approches des règles. Plus la grossesse avance, plus le gonflement est considérable. La nature porte de plus en plus les fluides vers les mamelles pour les disposer à la sécrétion du lait qu'elles sont destinées à fournir pour nourrir l'enfant dès qu'il aura vu le jour.

Les femmes doivent alors éviter de porter des habillemens trop étroits, et de heurter contre quelques corps solides les seins, qui sont alors très-sensibles. La compression exercée par des vêtemens trop serrés augmenteroit les douleurs, et pourroit donner lieu à l'engorgement de quelques glandes qui s'enflammeroient à la suite des couches, ou qui deviendroient par la suite le germe d'un squirrhe. Lorsque les douleurs sont légères, on doit les respecter ; elles sont nécessaires pour attirer vers ces organes les fluides qui doivent s'y porter suivant le vœu de la nature. On doit éviter les astringens et les répercussifs ; lorsque la douleur devient plus vive, on peut appliquer les sangsues. Si la violence de la douleur est portée au point de produire ou de faire craindre la fièvre, on doit préférer la saignée du bras. Je pense, avec M. Barthez, dans son Mémoire sur les Fluxions, que les saignées locales ne sont utiles pour prévenir l'inflammation que lorsqu'il n'y a point de pléthore générale, ou qu'on l'a dissipée auparavant.

De l'Odontalgie.

Les douleurs de dents sont, chez quelques femmes, le premier indice qui leur fait reconnoître qu'elles sont grosses. Il en est qui les éprouvent dès les premiers jours de l'imprégnation. Quelquefois la douleur est sourde et incommode peu les femmes; d'autres fois, au contraire, elle est insupportable, enlève le sommeil à celles qui en sont affectées, dérange les digestions, produit la fièvre et menace d'avortement. On a vu cette maladie, par sa violence et sa continuité, altérer la constitution des femmes grosses les plus robustes. L'odontalgie peut dépendre de différentes causes; elle peut être entretenue par la pléthore, ou être la suite d'une affection catarrhale. L'état de l'estomac, l'affection de quelques parties éloignées, peuvent aussi la produire. Quelquefois elle dépend de la carie de la dent.

Le mal de dents est dû à un état inflammatoire lorsque les douleurs sont vives, permanentes, et la dent saine à l'extérieur. Il s'annonce le plus souvent lorsque la femme s'expose à un courant d'air froid et humide; le plus communément il est accompagné d'un gonflement inflammatoire des gencives voisines et de la joue. Si la douleur est très-vive, la fièvre peut survenir, et l'inflammation s'étendre jusqu'à l'œil et l'oreille du même côté, qui se tuméfient. Une saignée du bras est le moyen le plus prompt et le plus sûr pour dissiper cette douleur, comme on l'observe dans toutes les affections inflammatoires. Lorsqu'il n'y a plus de pléthore générale, une saignée locale, faite par l'application des sangsues sur les gencives voisines, produit aussi du soulagement. Il faut avoir l'attention de tenir la tête chaudement, et de diriger vers la bouche la vapeur de l'eau chaude. Ce n'est qu'après avoir dissipé les accidens inflammatoires qu'on peut employer avec avantage le vinaigre, l'eau-de-vie, que l'on garde quelque temps dans la bouche. Le vésicatoire lui-même ne peut être utile, si la femme est pléthorique, qu'autant qu'on a eu le soin de pratiquer une saignée avant de l'appliquer. Faute de cette précaution, on a vu la tête devenir monstrueuse pour avoir appliqué

un large vésicatoire à des femmes atteintes d'une odontalgie de cette espèce.

L'odontalgie dépend d'une simple fluxion catarrhale si la douleur, au lieu d'être vive, n'est qu'une sensation sourde, accompagnée d'un gonflement des gencives, plutôt œdémateux qu'inflammatoire. C'est dans ce cas que les masticatoires, tels que la racine de pyrèthre, le tabac, que les gargarismes âcres sont utiles pour dégorger les gencives, parce qu'ils ont la propriété d'exciter une sécrétion abondante de salive. Le vésicatoire appliqué à la nuque ou sur la gencive même, est très-convenable dans les douleurs de cette nature. Quoique cette espèce d'odontalgie soit la circonstance où le vésicatoire est le mieux indiqué, cependant lorsqu'il y a complication inflammatoire, ou que l'on doute si elle existe, on doit commencer par saigner du bras. C'est dans ce cas que l'application sur la gencive de certaines feuilles, telles que celles du *ranunculus acris*, et autres semblables, qui est usitée dans quelques campagnes pour les maux de dents, est utile en faisant l'office d'un exutoire qui dégorge les parties.

On reconnoît que le mal de dents dépend de la saburre contenue dans l'estomac, par l'état de la bouche, de la langue. Les vomitifs sont le seul moyen qui puisse dissiper ces douleurs. Après leur usage, elles disparoissent comme par enchantement quand elles tiennent à cette cause, tandis qu'elles résistent à tous les autres remèdes. Si les accès revenoient périodiquement et simuloient un accès de fièvre intermittente, comme je l'ai vu deux fois, le quina conviendroit pour en empêcher le retour. Avant de l'employer, le plus souvent il seroit utile de donner un vomitif pour nettoyer l'estomac.

La douleur de dents dépend quelquefois de l'affection de quelques parties éloignées. Le traitement, pour être efficace, doit être dirigé vers la maladie primitive. Le rhumatisme, la goutte peuvent en être la source; elle est fréquemment un symptôme de l'affection hystérique, et tourmente surtout les femmes qui deviennent grosses, parce que cet état augmente leur irritabilité. L'odontalgie qui se manifeste dans les pre-

miers temps de l'imprégnation doit presque toujours être attribuée à l'irritation du système nerveux, et considérée comme sympathique : c'est une vraie névralgie dentaire. Dans ces odontalgies symptomatiques, lorsque la douleur est très-vive, la saignée du bras devient nécessaire. Souvent elle guérit sur-le-champ, quoique les autres remèdes n'aient procuré aucun soulagement. Les anti-spasmodiques, les narcotiques, qui paroissent très-bien indiqués dans les maux de dents que produit une grossesse commençante, sont cependant en général moins avantageux que la saignée.

C'est l'examen de la constitution du sujet qui apprend si l'odontalgie est symptomatique. Le vésicatoire est utile dans le cas de rhumatisme. Lorsque le mal de dents tire son origine d'une affection arthritique, hystérique, il faut tenir les parties chaudement, et donner les narcotiques. Le laudanum, ou tout autre narcotique combiné avec l'éther, paroît plus utile chez les femmes hystériques tourmentées de maux de dents, que si on l'administroit seul. Les avantages que l'on retire des calmans sont moins sensibles chez les femmes grosses, et leur effet est moins durable que dans les autres états de la vie. De petits emplâtres d'opium, appliqués sur la tempe, conviennent plus particulièrement pour apaiser les douleurs lorsqu'elles dépendent d'un état nerveux. Lorsque la dent est cariée, il est bien plus avantageux d'insérer de l'opium dans la cavité formée par la carie : placé immédiatement sur la dent, il soulage plus promptement que celui que l'on applique aux tempes.

La carie des dents est fréquemment une maladie de la constitution. Dans ce cas, après avoir arraché une ou deux dents par manière d'essai, si les douleurs subsistent encore, on doit conseiller à la malade de les supporter et de ne plus en faire arracher; comme Bell dit l'avoir observé plusieurs fois, elle éprouveroit encore les mêmes douleurs dans la mâchoire après avoir enlevé la totalité des dents; c'est ce qui arrive spécialement chez les sujets scorbutiques. Il est quelques-unes de ces femmes qui ont perdu des dents à chaque grossesse. On voit aussi cet accident arriver aux femmes pituiteuses. C'est dansces

cas que différentes eaux vantées contre les maux de dents sont utiles en affermissant les gencives. Toutes contiennent des astringens ou des anti-scorbutiques. Des gargarismes composés avec un demi-gros d'esprit de cochléaria pour six onces de liquide, une eau alumineuse, la mastication des feuilles de cochléaria, de la racine de rathania, sont utiles pour raffermir les gencives; ces moyens peuvent, en s'opposant au gonflement des gencives, prévenir la carie des dents.

Si la dent est cariée, il faut l'arracher. Chambon, Bell, veulent que l'on attende chez les femmes grosses, pour l'arracher, que les accidens qui accompagnent les couches soient dissipés depuis quelque temps, et que l'on se contente d'engourdir le nerf par le moyen de l'huile de girofle, de lavande et autres huiles essentielles, ou par les préparations d'encens ou d'opium portées sur la carie. L'éther, l'alcool sont aussi employés avec avantage dans cette espèce de mal de dents. Toutes ces pratiques ne produisent qu'un calme passager, et n'empêchent pas les progrès de la carie. Quand on juge que la prudence dicte de s'abstenir d'arracher la dent cariée, le moyen le plus sûr pour prévenir le retour des douleurs seroit de boucher l'ouverture de la dent avec des feuilles d'or ou de plomb.

Chez le plus grand nombre de femmes enceintes, l'évulsion d'une dent ne peut occasionner aucun accident. Levret pensoit que le plus souvent il étoit nécessaire de saigner une femme grosse peu de temps après lui avoir arraché une dent. Cette pratique, qui seroit avantageuse à une femme robuste, seroit nuisible à celle qui est foible, délicate.

De la Céphalalgie.

Lorsque la douleur occupe toute la tête, on la désigne sous le nom de *céphalalgie*, sous celui de *migraine* lorsqu'elle ne ne s'étend qu'à un côté de la tête, ou qu'elle en occupe seulement la partie antérieure d'une tempe à l'autre, et sous celui de *clou* si elle est fixée dans un point peu étendu et circonscrit. Le caractère distinctif de la migraine consiste dans une douleur gravative, brûlante, dont le siége répond le plus sou-

vent aux sinus frontaux, et dont les accès, qui sont en général de courte durée, s'annoncent de temps à autre à des intervalles plus ou moins éloignés. Les uns l'attribuent à une disposition rhumatismale qui a son siége primitif dans les sinus frontaux; d'autres à un état nerveux. Cette dernière opinion me paroît la mieux fondée. Cette névralgie exige le repos le plus absolu, l'éloignement du bruit et de la lumière, et surtout le sommeil. J'ai vu des individus être soulagés par l'éther, par l'inspiration du camphre et de l'assa-fœtida; d'autres par les boissons à la glace.

Les douleurs de tête sont plus communes pendant le cours de la grossesse chez les femmes pléthoriques; mais d'autres causes, entièrement indépendantes de la pléthore, peuvent aussi les produire, comme le dérangement des digestions, une affection hystérique, le trouble qui survient dans tout le système nerveux au moment de la conception.

On attribue ordinairement la céphalalgie qui tourmente les femmes dans les commencemens de la grossesse, à l'irritation qu'éprouve la matrice dans son développement, parce qu'elle devient et plus rare et plus supportable à mesure que la grossesse avance. Sans admettre que la matrice éprouve une difficulté dans son développement (ce qui est peut-être supposé gratuitement au moment de la conception, où la cavité est plus ample qu'il ne faut pour contenir l'embryon), on conçoit que le désordre qui s'annonce si visiblement dans le système nerveux, lorsque la fécondité a lieu, doit produire des dérangemens vers le cerveau, comme je l'ai observé pour les organes de la digestion. Ces douleurs de tête spasmodiques doivent aller en diminuant d'intensité, parce que le trouble nerveux que produit la conception devient de moins en moins sensible à mesure que la femme s'éloigne de cette époque : elles laissent de temps en temps quelque peu de relâche aux femmes. On reconnoît qu'elles sont de cette nature par l'absence des signes de la pléthore, ou d'un vice des digestions qui puisse occasionner cet accident. Les bains, les fomentations émollientes sur la région hypogastrique, les anti-spasmodiques, comme

l'eau de fleurs d'orange, l'éther, les infusions de fleurs de tilleul, de camomille ou de feuilles d'oranger, sont les moyens convenables pour dissiper cet état de spasme.

La céphalalgie sympathique chez les femmes grosses est fréquemment un symptôme d'une affection hystérique. Quoiqu'elle puisse attaquer indistinctement toutes les parties de la tête, elle se fait cependant spécialement sentir à l'occiput et au sommet de la tête, comme si l'on enfonçoit un clou dans cet endroit. Cette circonstance nous présente ce que les auteurs appellent *clavus hystericus*. Les douleurs de tête qui ont leur siége dans l'estomac affectent spécialement la partie antérieure de la tête. Dans les douleurs violentes de la tête et de l'estomac qui sont un symptôme hystérique, Sydenham a préconisé l'usage du laudanum; mais il conseille de pratiquer auparavant une saignée. Ce précepte est donné d'une manière trop générale. Si elle est indiquée chez les femmes sanguines, dont le visage seroit coloré, le pouls plein, fort, elle seroit nuisible à celles dont le visage est pâle, le pouls foible. Or, les douleurs de l'une ou de l'autre partie qui tiennent à cette cause s'observent pour l'ordinaire chez les femmes de ce dernier tempérament. La saignée les affoibliroit et augmenteroit encore leur sensibilité, qui est la cause prédisposante de ces affections. Dans l'emploi de la saignée, ainsi que dans le reste du traitement, on doit toujours se régler d'après le tempérament de la femme.

Le mal de tête qui dépend d'un état de pléthore est plus commun depuis le milieu de la grossesse jusque vers sa fin. Quand il tient à cette cause, il est quelquefois un signe précurseur d'autres accidens plus graves qui surviendront si l'on n'y remédie pas promptement. Les signes suivans caractérisent l'existence de la pléthore sanguine chez les femmes grosses. Elle s'annonce par une douleur continuelle, gravative, qui se fait sentir vers le front et les yeux, par un assoupissement et un sentiment de pesanteur; chez quelques femmes il survient des hémorrhagies nasales; le mouvement des paupières est difficile et douloureux, les yeux sont brillans, gênés dans leurs orbites;

les membres s'engourdissent ; les mains ont de la peine à se fermer ; les veines sont plus saillantes ; la surface du corps semble se gonfler ; la peau est très-chaude et colorée ; le pouls est plein et fort. Dans les maux de tête qui tiennent à cette cause, on ne peut obtenir un soulagement prompt et sensible que par la saignée. On doit insister sur l'exercice, le régime et les délayans.

Le dérangement des digestions est une cause aussi commune de la céphalalgie que la pléthore. On rencontre alors les signes qui indiquent un embarras gastrique, comme langue chargée, bouche mauvaise, parfois obscurcissement dans l'organe de la vision. Les douleurs de tête sympathiques qui viennent de l'estomac sont lancinantes, laissent des intervalles de repos, ne s'annoncent ordinairement qu'après le repas, et augmentent sensiblement si elles existoient auparavant. Plusieurs auteurs regardent le *tenebricosa vertigo* qui accompagne quelquefois cette espèce de céphalalgie, comme un signe constant de pléthore qui indique qu'un coup de sang est à craindre. Hippocrate avoit reconnu qu'il peut survenir lorsqu'il existe seulement vice des digestions, et que l'estomac est surchargé de saburres gastriques, puisqu'il le range parmi les symptômes qui font connoître la nécessité des vomitifs, aphorisme 17, section IV. Si le vomissement survient spontanément, il dissipe les élancemens, et laisse un sentiment de pesanteur qui est toujours la suite d'une digestion difficile. Si l'estomac est seulement affoibli, on dissipe cette céphalalgie par les amers et les toniques. Mais si l'estomac et les intestins sont surchargés de matières hétérogènes, il faut, avant d'employer les toniques, évacuer ces matières par les vomitifs ou les purgatifs, suivant que la turgescence se manifeste par le haut ou par le bas.

Des Vertiges, des Bluettes, des Étourdissemens, des Éblouissemens, des Tintemens d'oreilles et de la Syncope.

Je réunis sous un même titre ces divers phénomènes, parce qu'ils dépendent de la même cause, et ne sont que des variétés ou des épiphénomènes d'une autre affection. Les vertiges, les

bluettes, les éblouissemens, les étourdissemens, les tintemens d'oreilles peuvent être les symptômes précurseurs d'affections de nature différente. Si quelquefois ils présagent un coup de sang, des convulsions ou la léthargie, souvent aussi ils sont les avant-coureurs de la syncope produite par la foiblesse, accident auquel les femmes enceintes sont très-sujettes, et qui est ordinairement précédé d'affoiblissement de la vue, de vertiges, de tintemens d'oreilles, etc.; quelquefois même les objets extérieurs leur semblent tourner devant les yeux, ou elles croient voir devant elles des bluettes, des fantômes.

Pour tracer les indications curatives, je vais prendre les vertiges pour exemple. Comme elles sont essentiellement différentes, suivant la nature des accidens dont ils font craindre l'invasion, il faut apporter la plus grande attention aux signes qui peuvent annoncer qu'ils sont produits par la pléthore ou par la mobilité du système nerveux. Cette dernière cause les produit peut-être plus fréquemment que la pléthore chez les femmes des villes, surtout si elles sont sujettes à l'affection hystérique.

Dans les vertiges dont la pléthore est la cause, les douleurs de tête sont continuelles, avec un sentiment de pesanteur, un assoupissement passager. Les femmes se plaignent que les yeux sont gênés dans leurs orbites, où ils ne peuvent se mouvoir qu'avec douleur, et sont quelquefois un peu rouges, tuméfiés. Cette gêne des yeux se fait sentir encore plus vivement si les femmes sont couchées horizontalement. Si elles sont forcées de se baisser, elles éprouvent des éblouissemens; tout semble tourner autour d'elles; elles sont dans un état de stupeur, et tomberoient par terre si elles n'avoient pas l'attention de s'attacher contre quelque corps en se relevant. Elles éprouvent quelquefois les mêmes accidens en marchant, et feroient une chute si elles ne s'arc-boutoient pas promptement contre le premier corps qui se trouve sous leurs mains. Celles qui éprouvent ces accidens courent les plus grands dangers si l'on n'y remédie pas sur-le-champ par la saignée répétée, suivant le besoin. Le régime et la diète doivent être rigoureux.

Les lavemens et les bains de pieds sont utiles. On doit recommander à la femme de se coucher sur un des côtés pour diminuer la pression exercée par la matrice sur l'aorte abdominale, qui, étant plus grande lorsqu'elle est couchée sur le dos, fait refluer les humeurs vers le cerveau.

L'espèce de vertiges occasionnée par la mobilité des nerfs se reconnoît par l'examen de la constitution de la femme, par les circonstances où elle s'est trouvée, par la cause qui a précédé, et par l'absence des signes de la pléthore, que j'ai tracés en faisant le diagnostique de l'autre espèce. Les femmes délicates, nerveuses, sont exposées à tomber en syncope pour la plus légère cause lorsqu'elles sont grosses, parce que cet état augmente leur sensibilité et leur mobilité. Au lieu d'une vraie syncope, il n'existe quelquefois qu'une lipothymie, et on observe encore les battemens du cœur. Une affection morale vive, la joie, la colère, suffisent pour donner lieu à des vertiges suivis de lipothymie ou d'une vraie syncope. J'ai vu, chez une femme nerveuse et foible, les mouvemens de l'enfant produire des évanouissemens momentanés.

Cette syncope hystérique est ordinairement précédée de tintemens ou de bourdonnemens d'oreilles, de vertiges; la vue s'affoiblit, et la femme croit voir devant elle des fantômes. Elle est dans un état de langueur; elle éprouve des bâillemens, une sensation de chaleur vers la région du cœur. Bientôt les extrémités se refroidissent; les tempes, le front, la poitrine se couvrent d'une sueur froide et la face se décolore; les fonctions des sens sont abolies, le pouls et la respiration suspendus. L'accès dure plus ou moins long-temps. Lorsque la femme commence à se ranimer, on la voit bâiller de nouveau et pousser quelques soupirs. Le paroxysme fini, la couleur du visage, les mouvemens du pouls et du cœur, les fonctions des sens reviennent graduellement dans leur état naturel. Le traitement doit se diviser en celui qui convient dans le moment du paroxysme, et en celui qui a pour but d'en prévenir le retour.

Pendant la durée de la syncope, on peut porter sous les narines de l'ammoniaque ou de l'acide acétique (vinaigre radi-

cal), verser de l'eau froide sur la figure, frotter les tempes avec des spiritueux. On peut aussi pratiquer des frictions sur tout le corps et sur les extrémités. Le moyen le plus sûr d'empêcher que les vertiges, les éblouissemens, les tintemens d'oreilles de cette espèce ne se terminent par la suite par des syncopes, consiste à diminuer en même temps la foiblesse et la sensibilité par les fortifians et les anti-spasmodiques unis ensemble, comme la valériane et le quinquina. L'écorce d'orange avec la cannelle a paru très-propre à Van-Swiéten pour remplir ce double but, parce qu'elle est en même temps amère et aromatique. Boerhaave employoit un vin préparé avec deux onces d'écorce d'orange et autant de celle de citron, trois à quatre gros de cannelle et trois livres de vin d'Espagne : il en donnoit deux onces à la malade le soir avant de se coucher. M. Chambon dit avoir employé avec succès, dans les vertiges de cette espèce, une infusion des sommités de pêcher. Il donnoit dans les campagnes, où il pratiquoit alors, une tasse de cette infusion le matin avant déjeûner et une autre le soir.

Les incommodités dont j'ai traité jusqu'à présent sont celles que l'on observe le plus souvent dans les premiers mois de la grossesse. Si on les rapproche et si on les compare les unes aux autres, on s'apercevra bientôt que, quoique le siége de l'organe affecté soit différent, elles sont en général produites par trois ou quatre causes différentes, qui sont les mêmes pour la production de chacun de ces accidens. Tantôt on peut accuser un état de spasme et d'irritation qui accompagne la conception, et qui, se propageant tantôt à l'estomac ou aux intestins, tantôt à la tête, à la poitrine, dérange et pervertit les fonctions de ces organes; d'autres fois on doit les attribuer à la pléthore, à la saburre contenue dans les premières voies, ou à l'atonie des voies digestives.

Des Douleurs des Lombes, des Aînes et des Cuisses.

Les femmes grosses se plaignent souvent de douleurs dans l'une de ces régions. L'accoucheur instruit ne confondra pas la douleur que les femmes enceintes ressentent dans les ré-

gions des lombes, et que l'on appelle assez souvent *douleur de reins*, avec une affection propre aux viscères de ce nom. Si la douleur existoit avant la grossesse, si elle est continuelle, si les urines de la femme charrient des graviers, si elles sont teintes de sang, si elles sont supprimées ou rendues avec difficulté, on ne peut pas méconnoître des douleurs néphrétiques qui dépendent d'un vice dans les fonctions des organes appelés *reins*.

Plusieurs femmes sont sujettes à éprouver, aux approches des évacuations menstruelles, des douleurs dans la région lombaire. Les femmes de cette constitution sont également fatiguées par ces douleurs lombaires, dans le cas de suppression des menstrues ou de grossesse. Elles se manifestent le plus souvent vers le troisième mois. Les symptômes qui les accompagnent, la constitution pléthorique du sujet qui les éprouve, indiquent que ces douleurs sont dues à un état de pléthore. Elles s'annoncent par un sentiment de plénitude et de pesanteur dans les parties douloureuses. Quelques femmes éprouvent une sorte d'engourdissement qui les rend paresseuses, et leur fait craindre de se livrer à quelque exercice. Les douleurs qui tiennent à un état de pléthore se dissipent par la saignée. Dans les douleurs de reins de cette espèce, les bains administrés avant de pratiquer la saignée seroient nuisibles.

C'est à cette même cause que l'on doit attribuer les douleurs des aînes, des cuisses dont les femmes se plaignent dans les premiers mois de la grossesse : elles dépendent de l'engorgement des ligamens ronds, qui sont des cordons vasculaires, et non de leur tiraillement. Le toucher apprend que, dans les premiers mois, la matrice étant plus basse et se portant en avant, ne peut pas se diriger vers le pubis sans que les deux insertions de ses ligamens ronds, qui s'épanouissent dans l'aîne et dans les grandes lèvres, ne soient rapprochées l'une de l'autre, et par conséquent dans l'impossibilité d'être tiraillées. L'ouverture des cadavres apprend, au contraire, que le tissu cellulaire qui unit les artères et les veines qui composent ces cordons, s'engorge et prend une apparence charnue. Ces

douleurs exigent la saignée, comme les douleurs lombaires qui tiennent à la même cause, si elles sont vives.

Celles que les femmes ressentent, vers la fin de la grossesse, dans ces mêmes régions, dépendent assez souvent du tiraillement des ligamens. Celui des ligamens larges occasionne les douleurs des lombes; celui des ligamens ronds cause les douleurs du pubis, des aînes et des cuisses; mais il n'est possible que depuis le milieu de la grossesse, par la raison que j'ai donnée tout-à-l'heure. Ces douleurs augmentent lorsque les femmes changent de position et qu'elles prennent de l'exercice : un faux pas suffit pour en produire de vives et lancinantes, qui disparoissent ordinairement lorsqu'elles sont en repos, ou qu'elles ont gardé quelque temps la position horizontale.

On dit ordinairement que les douleurs sont plus grandes dans une première grossesse que dans celles qui suivent, parce que les ligamens ne faisant que souffrir un allongement auquel ils se sont déjà prêtés, doivent opposer moins de résistance à leur distension. Assez souvent, malgré tous les remèdes, elles persistent jusqu'après l'accouchement. Si le médecin ne se borne pas toujours dans ce cas à exhorter la femme à la patience, et s'il emploie quelquefois des moyens simples, comme des bains, des fomentations émollientes, il sait d'avance que le soulagement sera peu sensible, parce qu'ils ne faciliteront pas beaucoup l'extension des organes tiraillés : leur effet le plus réel est peut-être de distraire son imagination. Toutes les fois que les douleurs sont vives, lancinantes, on doit pratiquer la saignée : elle calme les douleurs du dos, des lombes qui, par leur violence, exposeroient les femmes à avorter : elles acquièrent plus souvent cette intensité vers le dernier mois de la grossesse. On diminue les douleurs qui dépendent de ce que le fond de la matrice se porte en avant, en soutenant l'abdomen au moyen d'une ceinture large. On fabrique aujourd'hui des ceintures élastiques qui sont très-propres à produire cet effet, sans incommoder les femmes en aucune manière.

Les douleurs que les femmes ressentent à la partie interne des cuisses, dans les derniers temps de la grossesse, ou lorsque la tête commence à parvenir dans l'excavation, sont probablement dues à la compression que la matrice exerce sur les nerfs lombaires et cruraux. C'est encore à la compression de ces mêmes nerfs que l'on doit attribuer en partie les chutes que les femmes grosses sont exposées à faire sur les genoux ou sur les fesses. Si le changement du centre de gravité étoit la cause unique de leur marche incertaine, ce phénomène seroit d'autant plus marqué que l'abdomen se porte plus en avant : or, cette vacillation dans la marche s'observe quelquefois chez les femmes dont le ventre est peu saillant, tandis que quelquefois il n'a pas lieu chez celles dont l'obliquité antérieure est très-prononcée.

Chez les femmes dont la matrice plonge de bonne heure dans l'excavation, on observe quelquefois des crampes très-fatigantes dans les cuisses et les jambes, occasionnées par la compression que la matrice exerce sur les nerfs sacrés. Rarement les deux cuisses sont affectées en même temps. Au lieu de crampes, quelquefois il ne survient qu'un engourdissement dans la partie postérieure des cuisses. On ne peut pas délivrer la femme de ces douleurs, parcequ'elles dépendent d'une compression mécanique exercée par la tête, qu'il n'est pas au pouvoir de l'art de faire cesser. Les frictions que l'on pratique dans toute l'étendue de la cuisse, dans le cas de stupeur, ne produisent qu'un soulagement momentané, parce qu'elles ne font pas cesser la cause de cet accident.

De l'Insomnie.

Quelques femmes sont tourmentées par l'insomnie pendant une partie de la grossesse ; on l'a même vu persister quelquefois jusqu'après l'accouchement. Une insomnie opiniâtre peut avoir des suites assez fâcheuses chez une femme enceinte pour mériter toute l'attention du médecin. Les femmes privées du sommeil deviennent plus irritables et plus irascibles. Celles qui sont délicates et naturellement nerveuses y sont plus sujettes que les

femmes sanguines et pléthoriques. La pléthore produit ordinairement l'assoupissement. L'agrypnie des femmes grosses est le plus souvent une espèce de névrose : le défaut de sommeil est plus difficile à dissiper quand il tient à cette cause. Si l'insomnie est légère, les bains de pieds chauds, les lavemens, le régime suffisent pour procurer le sommeil ; si elle est plus rebelle, les hypnotiques deviennent nécessaires. On peut donner le soir des émulsions avec le sirop diacode. Denman assure qu'on a très-souvent favorisé le sommeil en avalant un verre d'eau froide avant de se mettre au lit, ou en enveloppant une main avec une serviette trempée dans l'eau froide, et dont on laisse pendre un des bouts hors du lit.

La saignée produit peu d'effet sur les femmes nerveuses, ou le calme qu'elle procure n'est que passager. Si elles sont en même temps foibles, les toniques unis aux anti-spasmodiques sont plus avantageux : c'est dans ce cas qu'on a donné avec succès les eaux minérales coupées avec deux parties de lait. Si la femme qui est tourmentée d'une insomnie considérable est forte, robuste, la saignée du bras, que l'on peut répéter au besoin, est le meilleur moyen pour procurer le sommeil, parce que la pléthore est la cause des accidens qu'elle éprouve. Les bains de pieds chauds sont aussi convenables pour dégager la tête, qui est ordinairement affectée d'un sentiment de pesanteur.

L'insomnie est souvent accompagnée de la constipation comme effet. Quelquefois aussi, vers la fin de la grossesse, elle est la cause de l'agitation qui enlève le sommeil à la femme : dans ces cas, les lavemens, les laxatifs sont le véritable somnifère : les narcotiques aggraveroient l'indisposition en rendant la constipation plus opiniâtre. Quand on a rétabli la liberté du ventre, le sommeil revient avec promptitude.

De la Constipation.

La constipation est un accident assez ordinaire vers la fin de la grossesse. Cette difficulté de rendre les excrémens devient quelquefois si grande chez les femmes qui vont à la selle ha-

bituellement avec peine, qu'on a vu des femmes grosses être constipées pendant huit à dix jours. La constipation opiniâtre s'observe principalement chez les femmes d'un tempérament mélancolique. La compression que la matrice exerce sur les intestins, vers les derniers temps de la grossesse, contribue à retenir, dans l'arc du colon, les matières fécales, qui sont naturellement dures et compactes.

Il faut remédier le plus tôt possible à la constipation qui cause l'insomnie, les maux de tête, une chaleur incommode. Les efforts que font les femmes pour expulser les excrémens qui se sont durcis occasionnent souvent la phlogose du rectum, les hémorrhoïdes, l'avortement. Les efforts des muscles abdominaux et du diaphragme sollicitent l'action de la matrice. On prévient cette grande difficulté de rendre les excrémens, qui doit d'autant plus faire craindre l'avortement qu'elle est accompagnée de ténesmes, par les lavemens, les jus de pruneaux. On la dissipe par les mêmes moyens ou par l'usage des laxatifs. On ne doit rien négliger pour dissiper cette incommodité chez les femmes grosses; car on a vu quelquefois chez elles les matières se durcir tellement pendant leur séjour dans les intestins, qu'il a fallu recourir aux doigts ou à des curettes pour les extraire.

Si la constipation est un effet du tempérament de la femme et qu'elle soit accompagnée de beaucoup de chaleur, on doit la combattre par les rafraîchissans, tels que le petit-lait, l'eau de veau, de poulet. Le régime, pendant tout le temps de la grossesse, sera composé d'herbages relâchans, comme l'oseille, les épinards. Les fruits acides, tels que les fraises, les cerises, les groseilles, ou ceux qui sont fondans, dont la femme useroit abondamment, suivant la saison, sont très-utiles pour prévenir le retour de la constipation, quoique le préjugé les défende indistinctement à toutes les femmes grosses.

Pour dissiper une constipation opiniâtre, quelques auteurs ont conseillé d'appliquer un froid vif aux pieds. Cette pratique me paroît dangereuse chez les femmes enceintes, parce qu'elle pourroit donner lieu à des coliques, à une diarrhée peut-être plus fâcheuse que la constipation.

De la Dysurie et de l'Incontinence d'urine.

La difficulté d'uriner et l'incontinence d'urine, infirmités tout-à-fait opposées, s'observent assez fréquemment chez les femmes grosses. Lorsque ces deux accidens ont lieu vers la fin de la grossesse, ils surviennent le plus communément chez les femmes dont le ventre est pendant. La suppression des urines est occasionnée par la compression que la matrice exerce sur le col de la vessie. L'incontinence d'urine, au contraire, est produite par la pression de la matrice, qui porte le fond de la vessie contre la symphyse du pubis, et qui oblige les femmes à rendre les urines à chaque instant, parce que son diamètre est diminué par cette pression.

La difficulté d'uriner peut survenir, dans les commencemens de la grossesse, à l'occasion des descentes de matrice, des déplacemens de ce viscère, connus sous les noms d'*antéversion* et de *rétroversion*. En traitant de ces accidens, j'ai indiqué la manière d'y remédier suivant l'espèce de déplacement de l'utérus qui y donne lieu. On observe aussi la rétention d'urine vers la fin de la grossesse, lorsque la matrice plonge de bonne heure dans l'excavation. Les femmes urinent souvent, peu à-la-fois, et quelquefois avec douleur. On peut rencontrer la suppression des urines vers la fin de la grossesse, quoique la matrice ne plonge pas dans l'excavation, s'il existe une obliquité antérieure très-grande ; l'abdomen et l'utérus pendent alors sur les cuisses en forme de besace, ce qui fait que le corps de la vessie fait un angle avec le col, et se trouve quelquefois plus bas. Cette disposition empêche l'urine de couler.

Dans le cas de rétention d'urine, la vessie, en se distendant, peut acquérir un volume assez considérable pour former une hernie aux aînes ou au périnée. Dans l'état de grossesse, la vessie, lorsqu'elle est dilatée, a beaucoup plus de tendance à se présenter au périnée, parce que la matrice qui la presse la porte sur un des côtés du vagin, où elle écarte quelques fibres des muscles releveurs de l'anus. Levret a secouru une femme qui avait, pendant le travail, une hernie de vessie avec une des-

cente de matrice. On doit faire rentrer la tumeur molle formée par la vessie à mesure que la tête descend.

Cet accident arrive pendant le cours du travail lorsque le col de la vessie est comprimé par la tête de l'enfant. Cette compression offre souvent l'indication de saisir la tête avec le forceps pour prévenir des accidens. On fait cesser la rétention d'urine produite par la compression exercée sur le sphincter de la vessie en écartant, avec un ou deux doigts portés dans le vagin, le corps de la matrice de la symphyse du pubis. On peut, pendant le cours de la grossesse, instruire la femme elle-même à se rendre ce service, en soulevant avec quelques doigts la matrice pour faire cesser la pression qu'elle exerce sur le col de la vessie. Si l'obliquité antérieure de la matrice qui porte la vessie en bas, de manière que son col est plus élevé que son fond, est la cause de la suppression des urines, on remédie à cet accident en soutenant avec une ceinture large l'abdomen, qui cède trop facilement à l'impulsion de l'utérus. Si ces premiers moyens ne suffisent pas pour rétablir le cours des urines, on doit sur-le-champ faire uriner la femme, en introduisant une sonde dans la vessie. Pour rendre son introduction plus facile, on doit s'efforcer de porter la matrice vers le sacrum, en comprimant la région hypogastrique.

Il est urgent de remédier de bonne heure à la rétention des urines. La distension excessive de la vessie peut occasionner l'inflammation de cet organe et sa rupture. L'inflammation du corps se propage jusqu'au col, et devient une nouvelle cause qui ajoute aux difficultés qui se rencontrent dans l'introduction de l'algalie. Quand on a différé si long-temps d'administrer les secours, la saignée, les bains, les fomentations émollientes deviennent nécessaires, avant de pouvoir profiter des ressources que l'art nous offre dans l'emploi de la sonde. Il ne survient pas des accidens si graves lorsque le développement de la vessie s'est opéré avec lenteur; mais ce viscère perd toujours, à la suite de cette distension excessive, une grande partie de son élasticité : pour lui rendre la force contractile que lui a fait perdre la distension énorme à laquelle il avoit été porté,

on peut conseiller les injections d'eaux thermales, soit ferrugineuses, soit sulfureuses, celles faites avec des solutions de sulfate acidule d'alumine.

Quelquefois, dans les derniers mois de la grossesse, les femmes ressentent en urinant une cuisson considérable, et elles éprouvent les accidens de la strangurie, de la dysurie ou de l'ischurie, expressions qui ne désignent que des variétés du même phénomène, et qu'on emploie selon que l'urine, dont l'expulsion est gênée, coule goutte à goutte et avec difficulté, ou qu'elle ne coule pas du tout. Elles ont des envies fréquentes d'uriner, qui sont accompagnées, dans quelques cas, d'une douleur aussi vive que s'il existoit une pierre dans la vessie, ou bien un ulcère à son col, quoiqu'aucune de ces circonstances n'existe; car cet accident disparoît souvent incontinent après l'accouchement. La plupart des auteurs ont pensé que ces douleurs, ces épreintes, sont produites par l'urine qui séjourne dans la vessie et y acquiert de l'âcreté. Ils ont en conséquence conseillé de soutenir l'abdomen pour diminuer l'obliquité antérieure qui force l'urine à s'amasser dans les rides qui se forment dans le corps de la vessie, qui est portée en bas et en avant.

Ces accidens dépendent d'un vrai catarrhe de la vessie, dont l'existence est prouvée par les douleurs que ressent la femme dans la région de la vessie. Les douleurs que suscite cette maladie produisent souvent l'insomnie. Les flocons blanchâtres, la matière purulente que l'on trouve dans les urines, ne laissent aucun doute que la difficulté ou le défaut de l'écoulement sont occasionnés par l'inflammation dont est atteinte la membrane muqueuse de cet organe. On doit mettre la femme dans le bain, que l'on réitérera aussi souvent que les symptômes inflammatoires l'exigeront, et entretenir des fomentations émollientes sur la région hypogastrique. Il seroit utile d'injecter dans la vessie un liquide émollient.

On est assuré que les épreintes dont se plaint la femme ne dépendent pas de la présence d'une pierre lorsqu'avant la fin de la grossesse elle n'avoit jamais ressenti de douleurs dans la vessie, ni éprouvé de difficultés d'uriner. Il est cependant plus

prudent, pour assurer son diagnostique, de porter une algalie dans la vessie ; car il existe quelques exemples de pierres contenues dans la vessie qui, avant la grossesse, n'avoient donné aucune marque de leur présence, et qui ont occasionné, à raison de cet état, des douleurs insupportables, lorsque la matrice a été assez développée pour comprimer ce viscère, et diriger la pierre vers son col. Lorsque les douleurs qu'éprouve une femme enceinte atteinte de la pierre sont très-vives, la lithotomie peut devenir indispensable pour prévenir l'avortement. Elle seroit surtout nécessaire s'il étoit impossible de remédier à la rétention d'urine par l'introduction de la sonde.

Le gonflement des hémorrhoïdes, auxquelles plusieurs femmes sont sujettes vers les derniers temps de la grossesse, peut occasionner la difficulté d'uriner. L'inflammation se propage jusqu'au col de la vessie, et peut s'opposer à l'introduction de la sonde. On calme les accidens par les sangsues à l'anus, au périnée, et par les bains. La dysurie peut encore dépendre d'une affection hystérique qui s'est fixée sur les reins et la vessie.

L'incontinence d'urine n'attaque les femmes grosses que dans les trois derniers mois. L'atonie du col qui surviendroit après une forte compression de la part de la matrice dans les commencemens, pourroit cependant produire plus tôt cet écoulement involontaire des urines. On peut faire disparoître cette atonie en employant les injections d'eaux thermales, comme celles de Barèges, de Balaruc, de Cauteretz, etc.; mais celle qui arrive vers la fin de la grossesse, parce que la matrice comprime le fond de la vessie, ne peut cesser qu'après l'accouchement. La guérison radicale n'étant pas possible, on met la femme à même de garder les urines un peu plus longtemps, en soutenant l'abdomen pour que la matrice presse moins sur la vessie. Les femmes n'éprouvent cette incommodité que lorsqu'elles sont debout. Elle n'offre rien de fâcheux, et ne les fatigue que par le désagrément qu'elles éprouvent de se sentir mouillées à chaque instant.

De la Dyspnée.

Vers les derniers mois de la grossesse, quelques femmes sont sujettes à une difficulté de respirer. On l'observe spécialement chez celles qui ont la poitrine étroite et le bassin peu évasé. Plus la matrice s'élève perpendiculairement, plus la gêne de la respiration est considérable. Celles qui sont asthmatiques, sujettes aux catarrhes, sont encore tourmentées d'une manière plus vive. Les femmes dont la poitrine est mal conformée sont également plus sujettes à la toux, au crachement de sang, etc., dont je parlerai dans l'article suivant. La difficulté de respirer qui tient à l'état de grossesse, et qui seule peut être considérée comme symptomatique, est bien plus fréquente dans une première gestation que dans les suivantes. Les tégumens du bas-ventre offrant plus de résistance, la matrice ne peut pas se porter en avant, comme elle fait dans les grossesses suivantes, où les enveloppes du bas-ventre, devenues plus souples, cèdent facilement à l'impulsion de l'utérus.

On ne peut que soulager dans cette affection, qui dépend de la diminution de la capacité de la poitrine que l'on ne peut pas éviter, puisqu'elle est produite par une cause inhérente à la grossesse, savoir le développement considérable de la matrice et son élévation qui ont lieu pendant sa durée. Tant que cette gêne de la respiration n'est accompagnée d'aucun signe d'engorgement des poumons, elle n'exige qu'un peu plus d'attention dans le régime. La malade doit manger peu à-la-fois, et éviter toutes les substances venteuses, qui, en distendant l'estomac, refouleroient encore le diaphragme et diminueroient la capacité de la poitrine. Lorsque la difficulté de respirer est accompagnée d'oppression, de suffocation ou de signes de pléthore, on doit pratiquer une saignée du bras, qui, en désemplissant les poumons, facilite l'entrée d'une quantité d'air suffisante pour la respiration. Le régime doit être plus sévère.

L'examen du tempérament de la femme, les signes commémoratifs apprennent si la dyspnée est idiopathique, c'est-à-dire, si elle dépend d'une affection des poumons ou de la poitrine :

dans ce cas elle existoit avant la conception, et elle est seulement aggravée par la grossesse; elle n'exige que le traitement de la maladie aiguë ou chronique dont elle est la conséquence.

De la Toux et de l'Hémoptysie.

Quand la toux qui attaque les femmes dans les commencemens de la grossesse est produite par cet état, elle est une toux d'irritation; elle doit être considérée comme sympathique, et produite par l'affection de l'utérus et le trouble du système nerveux, dont les effets se répètent sur les organes de la respiration. On remarque qu'il n'est aucun organe, aucun système de l'économie qui ne puisse être affecté sympathiquement, à raison de l'affection primitive de l'utérus; mais chacun l'est à sa manière : d'où naissent les incommodités variées dont j'ai traité jusqu'à présent, et qui, dans les premiers temps, sont presque toujours symptomatiques. Cette toux nerveuse doit être bien distinguée de celle qui est produite par une fluxion catarrhale ou par la pléthore des poumons, parce que le traitement doit être différent.

La toux catarrhale est produite par le passage subit du froid au chaud, et est toujours accompagnée d'enchiffrènement, d'enrouement, de mal de gorge, de pesanteur de tête, et d'un léger frisson vers le soir, avec fièvre. Aucun de ces symptômes ne s'observe dans la toux d'irritation produite par la grossesse. Lorsque la toux qui survient chez la femme enceinte est suivie d'une expectoration abondante au moment de la coction, c'est un rhume, un catarrhe ordinaire qui complique cet état; en quoi cette toux accidentelle, indépendante de la grossesse, diffère essentiellement de la toux d'irritation qui en est la conséquence, et dans laquelle il n'y a point ou peu d'expectoration de matières muqueuses. Je ne parlerai pas de la toux qui provient d'un rhume, d'une fluxion catarrhale, qui, étant de même nature que celle qui attaque les autres personnes qui seroient enrhumées, n'exige pas d'autre traitement que celui qui est indiqué dans toute autre circonstance, comme les adoucissans, les béchiques. La saignée du bras peut devenir né-

cessaire chez une femme grosse, si la toux est violente. On doit seulement apporter plus d'attention à cette indisposition dans l'état de grossesse, parce qu'elle est bien plus dangereuse, et peut provoquer l'avortement.

La toux occasionnée par l'engorgement des poumons a lieu le plus communément vers la fin de la grossesse. La dilatation et l'élévation de la matrice en sont la cause occasionnelle. La matrice ne peut pas s'élever à mesure qu'elle se développe sans rétrécir la cavité de la poitrine par le refoulement des intestins et du diaphragme qu'elle pousse au-devant d'elle. Une autre cause vient encore ajouter à la difficulté que cette compression des poumons doit apporter dans l'exercice de leurs fonctions. Lorsque la matrice est considérablement distendue, elle s'oppose à la dilatation de la poitrine et à celle des poumons, en empêchant les côtes de s'élever dans le moment de l'inspiration, à cause de l'état de tension où se trouvent les muscles abdominaux qui, par leur partie supérieure, sont attachés à la charpente osseuse de la poitrine. L'obstacle qui empêche la poitrine de s'agrandir pour recevoir la quantité d'air nécessaire pour la respiration est un inconvénient d'autant plus grave, que la pression que la matrice exerce en même temps sur l'aorte abdominale, empêchant le sang de parvenir avec la même facilité aux membres abdominaux, détermine vers les poumons une plus grande quantité de sang qu'ils n'en doivent recevoir dans l'état naturel.

Dans la toux qui dépend de la pléthore des poumons, le pouls est plein, les douleurs de tête bien plus fortes et susceptibles de s'exaspérer au moindre exercice. Comme dans la toux d'irritation, on n'observe pas d'expectoration; la malade se plaint d'une espèce de constriction spasmodique du thorax, d'un sentiment continuel de chaleur ou d'ardeur avant que l'expectoration se manifeste. Cet état est aisé à distinguer de la distension flatulente de l'estomac, qui peut aussi donner lieu à une toux sympathique. Ce viscère, distendu par des vents, peut gêner les mouvemens du diaphragme et de la poitrine, comme le fait la matrice par son développement. Cette

toux stomacale n'est pas rare chez les femmes enceintes, dont les digestions sont assez souvent dérangées ; elle est accompagnée de dégoûts, de nausées ; la bouche est mauvaise.

La toux qui survient pendant la grossesse est toujours très-dangereuse, quelle que soit sa nature. La secousse qu'elle excite cause des maux de tête, la perte du sommeil, la difficulté de respirer, la fièvre. L'ébranlement qu'elle occasionne peut rupturer les vaisseaux du poumon, et produire des crachemens de sang plus ou moins abondans. Cette hémoptysie des femmes grosses est si dangereuse, qu'il est prudent de conseiller à celles qui crachent le sang abondamment de ne plus devenir mères par la suite. La fluxion qui se fait vers la poitrine, à chaque grossesse nouvelle, affoiblit de plus en plus cet organe ; et l'on voit ordinairement ces femmes périr quelque temps après être accouchées. S'il existoit déjà, avant la grossesse, un vice idiopathique du poumon qui se manifestoit par la toux, des douleurs à la poitrine, au dos, entre les deux épaules, les crachemens de sang font encore courir plus de dangers à la femme.

On observe quelquefois que les femmes chez lesquelles il existoit, avant la grossesse, un vice organique considérable du poumon, se portent mieux, et semblent guéries pendant les trois premiers mois de la gestation ; mais que, vers le quatrième et le cinquième, la toux, les douleurs, le crachement de sang, et les autres symptômes de la phthisie reviennent avec plus de force. Ces femmes parviennent cependant jusqu'à la fin de la grossesse, et accouchent heureusement ; mais elles périssent communément quelque temps après être accouchées.

La secousse qu'occasionne la toux peut encore déterminer l'avortement, parce qu'elle détruit les adhérences du placenta et du chorion. On doit craindre qu'elle ne produise cet accident lorsque les mamelles se flétrissent, que le ventre s'affaisse, et qu'il survient des douleurs de reins.

Si la toux symptomatique qui provient d'un état d'irritation est légère, le régime, les bains chauds des pieds et des jambes, quelques anti-spasmodiques suffisent pour calmer la femme. Mais lorsqu'elle est violente, continuelle, on ne peut pas se

dispenser de pratiquer la saignée : les femmes en éprouvent ordinairement beaucoup de soulagement. Les calmans, les narcotiques, employés après la saignée, sont utiles pour combattre l'irritation et le spasme qui accompagnent cette toux. On ne peut également dissiper que par la saignée et un régime sévère celle qui dépend de la quantité de sang qui surcharge le poumon. Il est toujours important de tenir le ventre libre. Dans la toux produite par l'affection de l'estomac, qui est distendu par des flatuosités, on doit ordonner les fortifians, les stomachiques, pour remédier à la foiblesse des organes digestifs, qui en est la cause déterminante. Si cette toux stomacale est accompagnée d'embarras gastrique, le vomitif doit précéder l'usage des stomachiques.

Des Palpitations.

Les palpitations déterminées par la grossesse sont une affection purement nerveuse, et un des nombreux symptômes par lesquels s'annonce l'affection hystérique. Aussi les femmes de ce tempérament, celles qui en ont déjà éprouvé avant la conception, sont-elles plus sujettes à être tourmentées de cette incommodité pendant leur grossesse. Deux causes inhérentes à leur nouvel état font qu'elles sont plus fréquentes et plus fatigantes chez elles. La pression exercée par la matrice sur les artères iliaques et autres vaisseaux de l'abdomen donne lieu au reflux du sang vers les parties supérieures. Vers les derniers temps de la gestation, l'estomac et le diaphragme sont refoulés; le péricarde et le cœur en sont plus ou moins déplacés, ce qui doit nécessairement influer sur les mouvemens de ce dernier organe, et peut leur donner plus d'irrégularité et de violence qu'à l'ordinaire. Ces palpitations sympathiques sont plus fortes lorsque la femme est couchée sur le dos que quand elle est debout, lorsque son estomac est rempli de flatuosités, parce que la gêne qu'en éprouve le cœur est plus grande. Elles ne présentent pas d'autres indications que dans les circonstances ordinaires; souvent elles ne cessent qu'après l'accouchement. J'observerai seulement que la saignée que quelques auteurs propo-

sent sans distinction pour calmer les palpitations, ne convient pas toujours. Si quelquefois le reflux du sang vers le cœur les produit en gênant ses contractions, souvent aussi elles tirent leur origine de la mobilité seule du système nerveux chez une femme délicate. La grossesse augmentant la susceptibilité, la moindre cause suffit pour porter le trouble dans le système nerveux, et donner lieu aux vertiges, aux palpitations. L'observation prouve que toutes les affections vives de l'âme, en troublant le système nerveux, portent aussi leur influence sur le système vasculaire. L'examen du tempérament de la femme, les signes commémoratifs les font aisément distinguer de celles qui dépendroient d'un vice organique du cœur ou de maladies des poumons. Ces dernières ne sont susceptibles que de remèdes palliatifs.

De l'OEdème.

L'œdème des jambes, des cuisses, des parties génitales, est un accident assez ordinaire dans la grossesse. Celui qui s'étend jusqu'aux cuisses gêne les mouvemens. La pression de la matrice sur la veine cave abdominale et sur les vaisseaux qui portent la lymphe des membres abdominaux au canal thoracique est la cause occasionnelle de cette infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané qui constitue l'œdème. Il résulte des expériences de Richard Lower qu'on peut déterminer artificiellement des épanchemens en liant les veines. L'œdème des femmes grosses peut être de deux espèces : l'un tient à un état de pléthore, et l'autre à un état d'atonie. Chez les femmes jeunes, pléthoriques, l'œdème est quelquefois accompagné de douleur, de chaleur, de rénitence de la partie, qui ne conserve pas l'impression du doigt, d'une légère teinte inflammatoire dans la couleur de la peau, au lieu de la pâleur qui caractérise la leucophlegmatie par atonie. Tous ces signes, réunis à la force et à la plénitude du pouls, indiquent évidemment que cet œdème, qui survient ordinairement tout-à-coup, est accompagné d'une espèce de réaction. On doit l'assimiler à l'hydropisie que l'on a vu sur-

venir en un instant chez des individus pour être entrés dans une cave ou tout autre lieu froid lorsqu'ils étoient échauffés : on sait qu'elle exige les antiphlogistiques et même la saignée. Le diagnostique de cette espèce d'œdème mérite beaucoup d'attention, puisqu'elle demande un régime antiphlogistique, qui seroit nuisible dans l'autre espèce.

J'ai vu des exemples d'œdème accompagné d'une sorte de réaction dans le temps que je suivois les leçons cliniques de M. Corvisart. Ce praticien célèbre ordonna la saignée, le petit-lait édulcoré et nitré. Les jeunes-gens qui en étoient atteints furent soulagés par la saignée, et guérirent en employant les seuls antiphlogistiques.

J'ai observé un autre exemple d'œdème de cette espèce à l'Hôtel-Dieu. Je l'étudiai avec d'autant plus de soin, que le chirurgien en chef et M. Bosquillon furent partagés d'opinion sur la nature de cette tuméfaction. Le premier la considéra comme une tumeur blanche des articulations, et le second la regarda comme un gonflement inflammatoire qui participoit en quelque chose de la nature de l'œdème, que l'on devoit combattre par la saignée. L'expérience prouva la vérité du jugement porté par M. Bosquillon; car, dès la première saignée, le volume de la cuisse qui étoit le siége du gonflement diminua au moins de moitié. M. Breschet, dans ses savantes recherches sur l'hydropisie active du tissu cellulaire, cite plusieurs observations d'anasarques inflammatoires ou produites par un état de pléthore.

L'œdème par atonie arrive chez les femmes foibles : il est de même nature que celui que l'on observe chez les convalescens. Par leur constitution, les femmes sont naturellement plus disposées aux infiltrations. Cette disposition est encore plus marquée pendant la grossesse, qui fait prédominer les fluides blancs, ce qui a fait dire aux auteurs que le système lymphatique prédomine chez les femmes, et plus spécialement encore chez celles qui sont grosses. J'ai fait voir que cette infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire est, au contraire, un indice d'une débilité relative. Les femmes dont les enfans sont volu-

mineux, celles qui en portent deux, sont plus sujettes à l'œdème. Si l'infiltration est légère, un régime tonique, le vin, les cordiaux, les infusions aromatiques, suffisent pour ranimer les forces, et donner du ton aux vaisseaux. On peut aussi chercher à augmenter l'action vitale de la partie par des frictions sèches avec une flanelle imprégnée de la vapeur de substances aromatiques. Si l'œdème fait des progrès malgré ces moyens, on doit employer les diurétiques, les préparations martiales, ou les eaux minérales ferrugineuses. On applique sur les parties des compresses trempées dans des décoctions aromatiques.

Des Varices.

Les varices sont encore un accident assez commun dans la grossesse; il arrive surtout aux femmes qui portent leur enfant fort bas. Toutes choses égales d'ailleurs, les femmes dont la fibre est molle et lâche y sont plus exposées. On rencontre cependant quelquefois cette dilatation de quelques veines même chez des femmes robustes et dont la fibre est rigide, si elles se tiennent long-temps debout, comme dans l'exercice pénible de blanchisseuse.

Ces tumeurs, formées par la dilatation de quelques veines engorgées, se manifestent le plus souvent vers le huitième ou le neuvième mois de la grossesse. Le trajet de la veine saphène (fémoro-poplitée) est le siége le plus ordinaire des varices. On en voit cependant aux grandes lèvres, au vagin, et même au col de la matrice. Celles qui occupent l'orifice de l'utérus gênent singulièrement dans l'accouchement, et exigent beaucoup d'attention de la part du médecin-accoucheur, parce qu'elles peuvent se rupturer pendant le travail, et causer une hémorrhagie funeste. On ne doit rien négliger pour en prévenir la rupture. Pour cela, pendant les efforts, on repousse les vaisseaux, et on les soutient avec un ou deux doigts. On peut saigner du bras pour que la dilatation de l'orifice se fasse avec plus de facilité, quoique, dans ce cas, on se fût abstenu de la saignée sans cette complication. Après l'accouche-

ment, le tampon seroit le moyen convenable pour suspendre une hémorrhagie produite par la crevasse d'une varice du col de la matrice ou du vagin.

Les varices de l'intérieur du vagin, celles des parties extérieures exigent les mêmes précautions de la part de l'accoucheur pour en prévenir la rupture, qui exposeroit la femme aux mêmes inconvéniens.

La prédisposition aux varices, qui se tire de la foiblesse naturelle ou accidentelle des vaisseaux, est favorisée pendant la grossesse par une constipation opiniâtre, et par la compression exercée par la matrice sur les veines iliaques. On peut avec raison les regarder comme la cause occasionnelle de la dilatation des veines situées aux membres abdominaux ou aux parties génitales, à raison de la difficulté qu'elles opposent au retour du sang; d'où il résulte que l'on doit ranger parmi les moyens préservatifs l'attention d'entretenir la liberté du ventre par des lavemens dès que l'on s'aperçoit que la femme grosse a quelque disposition à être constipée, ainsi que celle de rester debout le moins de temps possible. On doit conseiller à la femme de se coucher de temps en temps, avec la précaution de se tenir toujours sur l'un des côtés, pour diminuer la pression que la matrice exerce sur les vaisseaux sanguins qui rapportent le sang du bassin et des membres abdominaux.

La saignée, que quelques auteurs ont conseillée pour prévenir les varices, ne convient pas toujours. Si elle peut être utile, pratiquée dans les premiers mois de la grossesse, pour s'opposer à la formation des varices chez les femmes sanguines, elle seroit nuisible à celles dont la fibre est lâche. Au septième et huitième mois, on ne peut qu'espérer de s'opposer à une dilatation ultérieure. La cure radicale est impossible dans les varices fort anciennes qui se sont déjà manifestées lors d'une gestation antécédente; on est réduit à la cure palliative, même chez les femmes pléthoriques, parce que les veines ont perdu leur ton. Lorsqu'elles ont déjà eu lieu dans une grossesse antécédente, le plus petit obstacle suffit pour les produire dans les grossesses subséquentes : quelquefois même le ton des vaisseaux est

tellement affoibli, que les veines restent variqueuses long-temps après les couches.

Lorsque les varices sont volumineuses, il faut entourer la cuisse et la jambe qui en sont parsemées, de bandes circulaires que l'on serre en commençant par la partie inférieure des membres. On peut tremper les compresses qui enveloppent la partie dans une décoction aromatique et astringente. On applique le bandage le matin, lorsque les veines sont affaissées. Quelques auteurs ont même conseillé, pour procurer l'affaissement des veines lorsqu'elles sont extraordinairement dilatées, de pratiquer la saignée avant d'employer la compression. On peut aussi, pour soutenir les veines, se servir de bas ou de culottes de peau de chien qu'on lace par derrière. La pression uniforme que produisent ces moyens prévient la dilatation ultérieure des varices, et la rupture des vaisseaux, qui pourroit produire une hémorrhagie grave. Une compression exercée sur les deux extrémités des vaisseaux divisés suffit toujours pour se rendre maître du sang qui seroit fourni par une crevasse survenue à une varice située à l'un des membres abdominaux.

Quand, pour soutenir les varices, on emploie un bandage, des guêtres, un pantalon convenablement serré avec un lacet, « il faut avoir grande attention de saigner, dit Ant. Petit, » sans quoi le sang pourroit refluer vers la matrice, et produire » l'avortement, ou vers la poitrine, et produire l'hémoptysie, » et par suite la phthisie ». Cette crainte me paroît peu fondée dans une congestion sanguine produit de l'atonie.

On ne doit pas en général ouvrir les varices avec la lancette : une hémorrhagie grave pourroit en être la suite.

Des Hémorrhoïdes.

Les hémorrhoïdes, les tumeurs hémorrhoïdales, sont très-fréquentes chez les femmes grosses. La compression que la matrice exerce sur le rectum, une constipation opiniâtre sont des causes occasionnelles qui favorisent leur apparition chez les femmes qui y sont prédisposées, et qui peuvent les produire par leur action long-temps continuée. Les hémorrhoïdes sont

placées au-dehors ou cachées dans le rectum, d'où leur division en hémorrhoïdes externes et en internes. On les divise encore en hémorrhoïdes fluentes et en non-fluentes. Le plus souvent l'écoulement se fait en rouge; mais quelquefois il est blanchâtre, muqueux et comme purulent. On pourroit, dit Stahl, donner le nom d'*hémorrhoïdes* aux tubercules qui fournissent du sang, et appeler *tumeurs hémorrhoïdales* les tubercules lisses, rénitens, d'un rouge violet que l'on trouve à la marge de l'anus, et qui ne fluent pas. Stahl, Knébel, Hildebrant, ont observé que les femmes sont plus sujettes aux tumeurs hémorrhoïdales, tandis que les hommes le sont au contraire plus au flux hémorrhoïdal.

Pendant long-temps l'on a considéré, et même à présent quelques pathologistes regardent les hémorrhoïdes comme des tumeurs sanguines dues à la dilatation des veines hémorrhoïdales, et les ont comparées à des varices. Ces deux maladies sont cependant très-différentes. Les varices constituent une maladie locale. Les hémorrhoïdes tiennent toujours à une affection de la constitution toute entière. Il y a toujours des signes qui annoncent un éréthisme général.

Les hémorrhoïdes sont toujours précédées des signes propres aux hémorrhagies actives, comme sentiment de plénitude et de pesanteur aux environs de la partie d'où le sang coule, chaleur, démangeaison; il existe une sorte de constriction spasmodique dans les parties éloignées, douleur de tête, fièvre, spasme de l'estomac, borborygmes. Leur formation est rapide, accompagnée d'inflammation locale. Les tumeurs sont dures, douloureuses. Les hémorrhoïdes se manifestent dans l'âge adulte; elles paroissent périodiquement, et dans les intervalles on n'en aperçoit aucune trace. Cependant, lorsque ces tumeurs sont invétérées, il reste quelquefois, après que le sang est rentré dans le torrent de la circulation, des poches vides, flasques et molles, dont la surface est ridée, qui prennent différentes formes, et ne causent pas d'incommodités, à moins qu'elles ne soient très-prolongées et nombreuses; car alors elles pendent autour de l'anus comme des doigts de gant, et gênent beaucoup le

malade quand il s'assied. On les appelle *hémorrhoïdes flétries*; elles sont sillonnées et plates : ce qui les fait distinguer des excrescences vénériennes qui auroient le même siége, qui sont en général inégales et âpres à leur surface, d'une figure irrégulière, et laissent suinter une matière ichoreuse et fétide.

L'examen anatomique établit encore plus sûrement leur différence. Par la dissection, on ne trouve point de caillot inorganique, mais le tissu cellulaire infiltré de sang qui le rougit, comme l'avoient déjà indiqué Cullen et son commentateur le docteur Bosquillon. L'ouverture des cadavres a prouvé que le plus souvent il n'existe aucune dilatation des veines. C'est avec raison que Ledran les regarde comme des tumeurs spongieuses, dont l'extirpation ne peut pas être suivie d'une hémorrhagie formidable, comme le seroit celle des tumeurs variqueuses. Si on trouve quelquefois cette dilatation des veines à l'ouverture des cadavres, c'est parce que les tumeurs hémorrhoïdales étoient compliquées de varices qui ont lieu quelquefois dans cette partie.

Les varices ont une marche différente; leur formation est lente, n'est point précédée de signes d'éréthisme, ni accompagnée d'inflammation. Les tumeurs sont le plus souvent molles. Les varices ne disparoissent pas au bout de quelque temps pour reparoître ensuite périodiquement comme les hémorrhoïdes; elles ne fournissent pas un flux sanguin à des époques tantôt fixes, tantôt irrégulières, comme on le voit pour les hémorrhoïdes. Les varices sont plus volumineuses dans la vieillesse. On trouve par la dissection un caillot inorganique. On doit à M. Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu, une dissertation sur ce sujet.

Je ne me propose pas de traiter des hémorrhoïdes en général, mais seulement de celles qui surviennent dans la grossesse. Les hémorrhoïdes qui fluent modérément sont peu fâcheuses : cet écoulement est salutaire aux femmes grosses, parce qu'il dégorge toutes les parties. Les hémorrhoïdes qui ne fluent pas sont ordinairement dures et très-douloureuses, et peuvent influer d'une manière fâcheuse sur la grossesse. Elles commencent assez souvent par un prurit incommode aux environs de

l'anus, ou qui se fait sentir profondément dans le rectum, comme s'il y avoit des vers. La démangeaison est quelquefois tellement vive, que les malades s'écorchent à force de se gratter. Elles causent une pesanteur incommode vers le rectum, des ténesmes qui obligent à se présenter souvent à la garde-robe. Quoique les selles soient fluides, les efforts réitérés et infructueux que fait la malade font sortir une matière muqueuse qui ressemble quelquefois à du blanc d'œuf, et qui est parfois un peu teinte de sang. Si les matières sont dures, elles entraînent assez souvent l'extrémité du rectum.

Les hémorrhoïdes produisent une irritation vive vers le col de la vessie, quelquefois une dysurie, et même une rétention absolue de l'urine. L'irritation qu'en éprouve la vessie, à cause de son voisinage, peut être assez vive pour produire une phlegmasie vésicale accompagnée de douleurs aiguës dans cet organe. Cette cystite symptomatique n'est pas aussi dangereuse que celle qui est idiopathique : elle cesse avec la cause qui l'a fait naître. Chez les hommes, on observe en outre un chatouillement au gland, des érections fréquentes et douloureuses qui donnent assez souvent lieu à des pollutions pendant la nuit : l'espèce de convulsion qui les accompagne ne fait qu'augmenter le mal. D'autres éprouvent une démangeaison au scrotum, une rétraction des testicules, qui se gonflent et deviennent douloureux, ainsi que les glandes inguinales.

Souvent les femmes ne peuvent marcher ni se tenir debout. Ces tubercules gênent pour s'asseoir. Si la douleur est très-vive, il survient des coliques que l'on pourroit appeler, avec Stoll, *hémorrhoïdales;* des ténesmes, des borborygmes, des maux de tête, de l'insomnie, de la fièvre, des mouvemens spasmodiques dans l'estomac et les intestins. Les malades se plaignent d'un malaise général, d'une lassitude dans tous les membres, de difficulté de respirer, d'un sentiment de formication ou d'engourdissement et de pesanteur dans les cuisses. La digestion est ordinairement difficile, et il survient un météorisme de l'abdomen lorsque le rétrécissement du rectum ou le resserrement spasmodique du sphincter empêche la sortie des vents. Les malades

sont souvent tourmentées par une chaleur mordicante dans la paume des mains, à la plante des pieds.

Il existe quelquefois une constriction spasmodique du rectum qui est accompagnée des douleurs les plus vives. Ces spasmes resserrent, dans quelques cas, tellement le sphincter, qu'il est impossible de pouvoir donner des lavemens: ils sont si douloureux parfois, qu'ils privent du sommeil : l'avortement peut en être la suite.

La toux, l'éternuement augmentent la douleur, soit qu'elle soit produite par l'inflammation ou par une constriction spasmodique des fibres musculaires du rectum. Il est souvent urgent de la calmer. Si elle devient excessive, il surviendra inflammation, suppuration, ulcères de mauvais caractère, et par suite fistule. On a vu plus d'une fois des fistules devoir leur origine à des hémorrhoïdes mal traitées. Lorsque l'inflammation est excessive, et que l'on ne place pas à temps dans le rectum la tumeur qui en est sortie, le sphincter de l'anus, en se contractant, agit sur elle comme une ligature et l'étrangle. Ces tumeurs deviennent bleuâtres, et le bourrelet que forme l'intestin renversé se gangrène. Il survient assez souvent des douleurs vives dans l'abdomen, qui feroient périr la malade, si l'on ne se hâtoit pas de scarifier la partie.

Les accès sont plus ou moins intenses : leur durée offre aussi beaucoup de variétés. Chez quelques individus, les attaques reviennent à des périodes fixes. On a observé que l'usage des plaisirs vénériens aggrave les désordres produits par les hémorrhoïdes. L'hémorrhoïdaire doit éviter de satisfaire cet appétit, non-seulement pendant la durée des accès, mais encore aux approches de l'époque à laquelle ils ont coutume de paroître.

Les hémorrhoïdes, après avoir paru et disparu plusieurs fois, de sanguines qu'elles étoient, finissent par dégénérer en une masse spongieuse, charnue, assez consistante, qui n'est plus susceptible de s'affaisser. Ces tumeurs gênent assez souvent, par leur situation et leur volume, l'évacuation des matières fécales et la station sur les fesses. On est alors obligé d'en faire l'extirpation, ainsi que de celles qui menacent de prendre le caractère cancéreux.

La suppression des hémorrhoïdes peut amener après elle des affections morbifiques très-graves. Alberti ne laisse rien à desirer sur le traitement qui convient lorsqu'elles viennent à se supprimer. Il se présente, dans le cas d'hémorrhoïdes supprimées, trois indications à remplir : la première est de rappeler le flux vers la partie où il doit se faire ; la seconde consiste à combattre les causes qui ont pu y donner lieu, si elles persistent encore. Quelquefois on ne peut soupçonner d'autre cause que l'irritation d'un organe qui attire à lui le sang qui se portoit à l'anus. La troisième a pour objet de remédier aux accidens que leur suppression a déterminés vers d'autres organes. Pour satisfaire à la première indication, qui consiste à rappeler vers l'anus le flux qui, en se portant vers un organe essentiel, y a déterminé des altérations graves, on doit appliquer promptement des sangsues autour de l'anus Ce moyen simple est recommandé par tous les médecins qui ont parlé de cette suppression. Si l'application des sangsues ne suffit pas, on doit appliquer des ventouses que l'on scarifie. Il est aussi utile de recourir à l'aloès, dont l'utilité pour rappeler les hémorrhoïdes supprimées paroît si bien prouvée par l'observation.

Les moyens auxquels on a recours pour remplir la seconde indication doivent varier suivant les causes qui ont donné lieu à la suppression. Les accidens qui existent, les organes où ils ont leur siége, doivent guider le praticien dans le choix des moyens à employer pour satisfaire à la troisième indication.

Les hémorrhoïdes doivent quelquefois être considérées comme symptomatiques : telles sont celles qui se déclarent à la suite d'une aberration du flux menstruel. Pour combattre cette tendance vicieuse, on doit s'occuper de rappeler les règles. Jusqu'à ce qu'on y ait réussi, on doit respecter cet écoulement. Chez les femmes qui approchent du temps critique, les hémorrhoïdes sont quelquefois une excrétion salutaire que la nature se ménage. Souvent cette évacuation délivre les femmes des accidens qui sont une suite si ordinaire de la cessation des règles.

Quelques auteurs conseillent d'appliquer les sangsues à la marge de l'anus, ou sur la tumeur même, pour calmer la dou-

leur et pour remédier à la tension inflammatoire de la partie tuméfiée. Il est vrai que, quand on en applique une quantité suffisante sur le lieu douloureux, elles procurent momentanément l'affaissement et la mollesse de la partie qui étoit rénitente; mais bientôt la douleur des piqûres détermine un afflux de sang plus considérable qu'il n'étoit avant. On prescrit une diète adoucissante; on doit insister sur les lavemens émolliens, quoique les malades y répugnent, parce que leur administration est difficile et douloureuse. Il est utile de bassiner les parties avec des décoctions émollientes, ou bien de les exposer à la vapeur de ces mêmes liquides. On doit éviter d'y appliquer des topiques qui seroient répercussifs. On peut appliquer dessus l'onguent *populeum*, la crême fraîche, le baume tranquille. Si les hémorrhoïdes sont internes, on peut introduire dans le rectum des suppositoires faits avec le beurre de cacao, et qu'on y maintient avec un bandage en *T*. La femme doit être couchée tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre.

Lorsque la douleur est excessive, quelques praticiens ont proposé d'ouvrir les hémorrhoïdes; mais l'application des sangsues doit être préférée à l'incision avec la lancette, qui irrite davantage, en même temps qu'elle fournit moins de sang. Antoine Petit assure que l'expérience a appris que, dans le cas où la tumeur est enflammée, douloureuse et très-rénitente, le pédicule prend un mauvais caractère, et dégénère en fistule lorsqu'on ouvre les tubercules avec la lancette.

Quelques auteurs distinguent les hémorrhoïdes en idiopathiques et en constitutionnelles. Les premières sont une simple affection locale du rectum; les secondes tiennent à une disposition générale dont elles sont les suites ou les symptômes. Cette distinction est essentielle et peut influer sur le traitement; mais la première espèce de tumeur doit être considérée comme des varices, et non comme des hémorrhoïdes. Ces tumeurs étant une affection purement locale, disparoissent avec la cause qui les a fait naître. Elles se bornent à l'anus, au rectum, et leurs symptômes sont ordinairement légers et locaux. Elles n'exigent pour l'ordinaire que des remèdes topiques pour rétablir le

ton des vaisseaux. Parmi ces topiques, l'eau froide tient le premier rang et produit d'excellens effets. Rivière, Selle, Stoll, Hildebrant et plusieurs autres auteurs, en recommandent l'usage. C'est sur ces tumeurs seulement que l'on peut appliquer les dissolutions astringentes de sulfate d'alumine, les décoctions d'écorce de chêne.

Au contraire, les vraies hémorrhoïdes sont toujours constitutionnelles, et affectent tous les autres organes par une espèce de *consensus*. Elles sont longues et difficiles à guérir; quelquefois même elles sont incurables. Leur traitement exige beaucoup de prudence; elles demandent des remèdes internes.

Lorsqu'il y a constipation opiniâtre, si les lavemens ne suffisent pas pour rétablir la liberté du ventre, on doit recourir à de doux purgatifs, comme la casse, la manne, les tamarins. Plusieurs hémorrhoïdaires ne peuvent pas supporter l'action des purgatifs salins, ou de ceux tirés de la rhubarbe, qui augmentent, comme l'ont observé Cullen et Hildebrant, la douleur et le gonflement des tumeurs.

Les lotions et les lavemens d'eau froide, qui sont utiles lorsque les hémorrhoïdes sont une affection purement locale, exigent beaucoup de circonspection dans leur usage si la maladie est constitutionnelle. Il est des circonstances où leur emploi pourroit déterminer des congestions dans d'autres organes, soit parce qu'ils sont affoiblis, soit parce qu'il y existe un foyer d'irritation propre à y attirer les fluides pour la plus légère cause. On doit s'abstenir de ces applications d'eau froide lorsqu'on a lieu de soupçonner des obstructions au foie; lorsque la malade a eu des crachemens ou des vomissemens de sang; lorsqu'il y a disposition à l'apoplexie; lorsqu'il y a pléthore générale, et que les tumeurs hémorrhoïdales sont très-douloureuses. Pour les administrer, on doit encore attendre que l'écoulement ait cessé, s'il est actif; que les tumeurs hémorrhoïdales, qui sont toujours l'effet d'une pléthore locale, soient affaissées. La pléthore générale exige la saignée, et celle du rectum l'application des sangsues. On doit distinguer deux temps dans le traitement de cette pléthore locale des gros intestins. Il

est des moyens qui ont pour effet de la corriger lorsqu'elle existe, d'autres qui sont propres à la prévenir. Les lavemens d'eau froide peuvent être utiles pour prévenir les rechutes. Ils fortifient le rectum en rétablissant le ton des vaisseaux des gros intestins; ils diminuent nécessairement l'afflux de sang dans les vaisseaux hémorrhoïdaux, ce qui constitue la seconde indication qu'on a à remplir dans la cure des hémorrhoïdes.

Il faut éviter que l'eau soit trop froide dans les commencemens; un froid trop vif pourroit produire des accidens chez les personnes irritables, comme Hildebrant l'a vu une fois. Les lavemens d'eau froide sont un des meilleurs toniques auxquels on puisse recourir toutes les fois qu'avec la disposition hémorrhoïdale il existe une foiblesse du canal intestinal, ou que l'écoulement est devenu passif et a affoibli tout le corps. On doit les préférer, si le cas n'est pas urgent, aux infusions froides d'alun, de sulfate de fer (vitriol de mars), qui sont trop irritantes.

Les hémorrhoïdes peuvent se rupturer pendant les efforts du travail de l'enfantement. Il arrive aussi souvent, chez les femmes qui y sont sujettes, que la partie inférieure du rectum est poussée en-dehors avec les tubercules qui sont placés dans son intérieur, quand on n'a pas l'attention de soutenir convenablement cette partie. On craint que cette rupture spontanée des hémorrhoïdes, ou que l'ouverture que l'on y pratiqueroit avec la lancette ne produise des hémorrhagies difficiles à arrêter. Quand il est survenu des hémorrhagies aussi graves à la suite d'une rupture opérée pendant les efforts du travail, c'est qu'alors les hémorrhoïdes étoient compliquées de varices. Si le sang coule assez abondamment par les hémorrhoïdes, soit qu'il y ait rupture ou non, pour menacer la vie de la malade, on doit conseiller d'abord, comme dans toute autre hémorrhagie, le repos, la situation horizontale sur un sommier de crin. On a recours ensuite aux applications d'eau froide sur l'anus, l'abdomen. Si les hémorrhoïdes sont internes, on doit injecter de l'eau froide dans le rectum, dans les cas extrêmes de l'eau froide alumineuse, de l'eau végéto-minérale.

Lorsque tous les autres moyens sont inutiles, on doit, dans

un cas aussi grave, si les hémorrhoïdes sont internes, pratiquer une compression avec le double tampon imaginé par J. L. Petit pour remédier aux hémorrhagies qui surviennent après l'opération de la fistule à l'anus, et que M. Boyer a adapté avec succès aux hémorrhagies qui sont la suite de l'opération de la taille. Dans un cas où le double tampon n'avoit pas pu réussir pour arrêter une hémorrhagie survenue à la suite de l'extirpation d'hémorrhoïdes internes devenues squirrheuses, M. Boyer appliqua sur l'anus un linge dont le centre fut enfoncé dans le rectum. Le cul-de-sac fut rempli de charpie, qu'on maintint au moyen d'un bandage convenable. Il réussit par là à arrêter l'hémorrhagie.

J'observe sur-le-champ qu'après l'accouchement quelques femmes sont atteintes d'hémorrhoïdes dont la douleur est si vive, qu'elle les prive du sommeil. La violence du travail paroît peu influer sur leur apparition. On les observe aussi souvent chez celles dont le travail a été facile que chez celles où il a été laborieux. On voit même quelquefois des femmes, habituellement sujettes aux hémorrhoïdes, n'en éprouver aucune atteinte à la suite de leurs couches, si la délivrance ne correspond pas à l'époque de l'effort hémorrhagique qui produit le flux hémorrhoïdal. Lorsque les nouvelles accouchées en sont tourmentées, le gonflement des tubercules survient communément aux approches de la fièvre de lait ou pendant sa durée. L'application des médicamens répercussifs auroit encore des suites plus fâcheuses que pendant le cours de la grossesse. On doit, pour ainsi dire, respecter cette incommodité, et se contenter de bassiner les parties tuméfiées avec des décoctions émollientes, de les enduire avec des substances adoucissantes, ou de vider les tubercules hémorrhoïdaux avec les sangsues lorsqu'ils sont gonflés et douloureux.

Des Hernies produites par la grossesse.

Je ne parlerai pas des hernies produites par la grossesse, parce qu'elles n'exigent pas d'autre traitement que celui des hernies en général pour les réduire ou les maintenir réduites.

Je dois cependant observer que, pendant la grossesse, deux causes se réunissent pour disposer les femmes aux hernies. D'une part, cet état rend la fibre plus lâche, plus molle, parce que les fluides blancs sont plus abondans : cet état de mollesse dispose les fibres à céder plus facilement à l'impulsion des parties contenues dans le bas-ventre lorsqu'elles viennent à se présenter aux ouvertures naturelles. De l'autre, la matrice, en s'élevant dans l'abdomen, refoule au-devant d'elle les intestins et l'épiploon. Forcés de lui céder la place, ils tendent à sortir quelquefois par les ouvertures inguinales, par-dessous les ligamens iléo-pubiens ; mais le plus souvent à travers l'ombilic. Les hernies occasionnées par le développement de la matrice disparoissent après l'accouchement. On a vu quelquefois cet organe, en se développant, faire rentrer des hernies qui existoient avant la conception ; mais ces dernières ressortent immédiatement après l'accouchement.

Il est encore quelques autres accidens, comme l'hémorrhagie utérine, les convulsions, à la production desquels concourt la grossesse, mais dont je remets l'exposition au moment où je parlerai des circonstances qui rendent l'accouchement contre nature, parce que c'est à cette époque qu'on les observe le plus communément, et qu'ils font courir plus de dangers à la femme.

Il est beaucoup d'autres accidens qui accompagnent la grossesse, mais qui n'en sont pas les suites. Je ne dois pas en conséquence en parler, puisque cet état ne concourt en rien à leur production, quoiqu'il puisse en augmenter les dangers lorsqu'ils surviennent pendant qu'il existe.

En traitant des accidens qui arrivent dans les premiers mois de la gestation, j'ai fait remarquer qu'ils étoient presque tous produits par trois ou quatre causes générales : le spasme qui a lieu au moment de la conception, et qui de l'utérus se propage à d'autres organes dont il dérange les fonctions, un état de pléthore, la saburre des premières voies, la foiblesse des organes de la digestion. Il est également facile de s'apercevoir que la compression exercée par la matrice concourt à la production des maladies qui surviennent le plus

communément dans les derniers mois de la grossesse, quoiqu'on ne puisse pas la regarder comme la cause unique. Si elle s'exerce sur le rectum, elle donne lieu à la constipation, à la dysurie ; à l'incontinence d'urine si elle porte sur la vessie.

La dyspnée, la toux, l'hémoptysie, les palpitations reconnoissent quelquefois pour cause occasionnelle, chez les femmes grosses, le refoulement des viscères du bas-ventre déterminé par l'élévation de la matrice; dans les cas même où ces accidens trouveroient leur source dans une disposition particulière de l'économie, ils sont constamment aggravés par le développement qu'acquiert l'utérus. Les varices, l'œdème sont produits par la compression qu'exerce la matrice sur les veines et sur les vaisseaux lymphatiques dans lesquels elle gêne la circulation.

Conduite que doit tenir le médecin lorsque la femme est atteinte de quelque maladie aiguë pendant la grossesse.

Il me paroît utile, avant d'abandonner les phénomènes morbifiques qui compliquent quelquefois la grossesse, de proposer encore quelques réflexions propres à diriger dans le traitement des maladies aiguës dont les femmes peuvent être attaquées pendant ce temps. En traitant d'une manière générale des maladies qui attaquent les femmes grosses à une époque quelconque de la gestation, je ne me propose de faire mention que des différences que l'on a cru qu'elles devoient présenter dans le traitement relativement à l'état de grossesse. Tant que l'on a pensé avec les anciens que la grossesse contre-indiquoit l'emploi de tous les moyens énergiques dans les maladies aiguës dont elles sont atteintes, on étoit fondé en quelque sorte à regarder avec Hippocrate cette complication comme mortelle. Mais depuis que l'on s'est convaincu, par l'observation, que l'on pouvoit employer à-peu-près le même traitement que dans toute autre circonstance, en usant seulement de plus de ménagemens, on a vu que les maladies aiguës ne mettoient pas toujours les femmes grosses dans un danger imminent de perdre la vie. Si la méthode expectante convient plus spécialement dans les maladies aiguës des femmes enceintes, le médecin doit ce-

pendant agir au besoin, soit pour modérer les mouvemens de la nature lorsqu'ils sont trop forts, soit pour les exciter lorsqu'ils sont trop foibles, soit enfin pour les ramener à une direction plus favorable quand ils en ont pris une vicieuse.

Doit-on employer, pendant le cours de la grossesse, les vomitifs dans les maladies où ils font une partie essentielle du traitement, comme dans les fièvres méningogastriques (bilieuses)? Plusieurs praticiens les défendent, parce qu'ils craignent qu'ils ne produisent l'avortement, et conseillent d'y suppléer par des purgatifs. Ces derniers ne peuvent cependant pas leur être substitués avec avantage dans les cas où les matières étrangères ont leur siége dans l'estomac. L'emploi des vomitifs exige de la prudence; mais c'est à tort que l'on se priveroit de ce médicament, donné à petites doses, dans les maladies aiguës des femmes grosses, où ce moyen est le plus efficace pour en favoriser la crise, et pour en abréger la durée, qui peut avoir des suites fâcheuses pour la mère et pour l'enfant. Le vomissement survenant assez souvent spontanément dans ces maladies, il peut être excité par l'art, à raison de cette tendance naturelle sans efforts considérables. D'ailleurs, l'exemple des femmes devenues grosses contre leur vœu, qui ont souvent recours au vomitif pour se faire avorter, mais presque toujours sans réussir dans leur dessein, prouve que le vomissement sollicité par l'art n'est pas aussi dangereux que le prétendent ces praticiens.

Plus la grossesse est avancée, plus l'usage des vomitifs exige de ménagemens, sans qu'on doive cependant s'en abstenir dans les deux derniers mois, si leur usage est fortement indiqué. Plus la femme est irritable et avorte pour la plus légère cause, plus ils exigent de circonspection. Si, chez une femme foible et irritable, on redoute l'action violente d'un émétique qui est indiqué, ne pourroit-on pas solliciter les contractions de l'estomac en remplissant cet organe de fluides? On doit moins redouter les vomitifs si la femme est robuste, si elle n'a jamais avorté, quoiqu'elle ait été sujette aux vomissemens dans les autres grossesses. On préfère ordinairement l'ipécacuanha pour solliciter

le vomissement chez les femmes grosses. Je crois, avec Tissot, que dans les fièvres méningogastriques, où il s'agit de procurer des évacuations bilieuses, le tartrate antimonié de potasse est plus avantageux que l'ipécacuanha.

L'état de grossesse ne contre-indique pas non plus l'usage des boissons acidulées prises à froid, qui sont si utiles dans les fièvres bilieuses, pourvu qu'on les emploie avec circonspection. Mais lorsque cette complication n'existe pas, on doit éviter de prendre, dans le temps de la grossesse, des boissons très-froides, parce qu'elles peuvent occasionner des coliques violentes.

Tous les praticiens modernes conviennent que l'on peut saigner dans les maladies inflammatoires qui surviennent durant la grossesse, en se réglant, dans l'administration de ce moyen, d'après la constitution de la femme et l'intensité de la maladie. L'observation a prouvé que le précepte donné par Hippocrate, dans l'aphorisme 30 de la section v, de s'abstenir de la saignée, surtout vers la fin de la grossesse, est fondé sur un préjugé, comme l'avoit reconnu Celse. *Mulier utero gerens venâ sectâ abortit, idque potissimum si fœtus grandior fuerit.* On est étonné, en lisant les observations de Mauriceau, de voir avec quelle facilité les femmes enceintes supportent des saignées abondantes. Il cite l'exemple de deux femmes dont l'une a été saignée quarante-huit fois, et l'autre quatre-vingt-dix, pour une suffocation et une oppression. Si ces exemples ne sont pas à imiter, du moins cet abus prouve très-bien le peu de danger de la saignée lorsqu'on en use modérément, et seulement d'après des considérations puissantes.

Si l'on croyoit la saignée du pied plus convenable, parce qu'on partage l'opinion de ceux qui la regardent comme nécessaire dans toutes les maladies inflammatoires qui ont leur siége au-dessus du diaphragme, et dans le cas d'apoplexie, de convulsions qui tiendroient à l'engorgement du cerveau, on pourroit hardiment la pratiquer sans craindre l'avortement. D'ailleurs, on ne peut conserver l'enfant qu'en sauvant la mère. Si la saignée du pied étoit le seul moyen d'assurer les jours de la mère, on ne devroit pas s'en abstenir sous prétexte de ménager

le fœtus, quand il seroit constant qu'elle expose quelque peu la femme à avorter. La saignée du bras, que redoutent ces praticiens, seroit souvent plus avantageuse que celle du pied. Cette assertion est prouvée par plusieurs observations, où l'on a vu les convulsions, par exemple, être augmentées par la saignée du pied, tandis que des femmes ont été soulagées ensuite par celle du bras.

Les auteurs, entre autres Galien parmi les anciens, Solano de Lucques, Quesnay parmi les modernes, se sont beaucoup occupés du lieu où il falloit saigner dans les diverses maladies. Le choix de la saignée, l'endroit où on doit la faire, leur ont paru subordonnés au siége de l'affection. Dans les maladies qui attaquent des organes situés au-dessus du diaphragme, on doit pratiquer la saignée aux parties inférieures pour la rendre révulsive, et *vice versâ* pour celles qui ont leur siége au-dessous du diaphragme. Si, au contraire, on veut attirer le sang vers la partie malade, il faut la pratiquer le plus près possible de l'organe où existe l'action contre nature à laquelle on se propose de remédier : on lui donne alors le nom de *saignée dérivative.* Quoique les idées des Galénistes et de quelques médecins modernes sur les effets révulsifs et dérivatifs attribués à la saignée me paroissent fondées sur des faits mal observés, ou sur des cas particuliers dont on a tiré des conclusions trop générales, je m'abstiendrai de prononcer affirmativement dans une question aussi importante. L'indécision qui règne encore parmi les praticiens sur un point de pratique agité depuis Galien jusqu'à nous, adopté et combattu par les médecins les plus célèbres, prouve bien la vérité de cette sentence aphoristique d'Hippocrate : *Experientia fallax*, *judicium difficile.*

Au lieu de s'occuper de déterminer quel est le lieu où l'on doit pratiquer la saignée dans les diverses maladies, il seroit bien plus important, comme l'a observé Bichat, « de savoir » quand il faut agir par la saignée sur la circulation générale, » quand il faut agir au contraire sur la capillaire....... On doit » distinguer deux espèces de saignées : l'une extrait le sang de » la circulation générale, l'autre de la capillaire, comme les

» sangsues, les ventouses : cette dernière convient dans les en-
» gorgemens locaux. »

Les saignées générales, en diminuant la masse du sang dans les gros troncs, préviennent ou diminuent la réaction vitale. Comme elles agissent principalement sur le système vasculaire, quel que soit le lieu où l'on ouvre la veine, l'espèce de vaisseau que l'on choisisse, elles rempliront toujours leur principale indication, qui est de tirer du sang, d'en diminuer la masse. La sensibilité diminue dans la proportion du sang qui a été évacué.

On peut purger dans tous les temps de la grossesse, si la femme est atteinte d'une maladie aiguë qui exige l'emploi des évacuans. Les modernes ont appris par l'expérience que l'on doit s'écarter du précepte d'Hippocrate, qui en borne l'usage du quatrième au septième mois.

J'ai déjà indiqué que la grossesse ne contre-indiquoit pas l'emploi des bains dans le traitement des maladies aiguës dont les femmes peuvent être atteintes pendant sa durée.

Les narcotiques, en général, n'ont pas des effets aussi prononcés dans les maladies des femmes grosses que dans tout autre temps. Le soulagement qu'ils produisent est moins durable. On ne doit cependant pas se priver de ce moyen curatif, pourvu qu'on l'emploie avec circonspection dans les cas où les femmes éprouvent des accidens qui exigent leur usage.

Quand la grossesse est compliquée d'une hydropisie ascite ou enkystée, d'une anasarque générale, on doit s'abstenir des diurétiques actifs et des hydragogues pendant toute sa durée. La cure radicale ne peut être tentée, en usant de ces moyens, qu'après l'accouchement. On doit adopter d'autant plus volontiers cette règle de conduite dictée par la prudence, qu'en général la cure des hydropisies est moins urgente pendant la grossesse, parce qu'elles font ordinairement des progrès moins rapides que dans tout autre temps. Les toniques, les martiaux, les eaux minérales ferrugineuses, sont les seuls médicamens que l'on doit employer pour s'opposer à l'accroissement de la maladie, comme je l'ai conseillé pour l'œdème suite de l'atonie.

Si l'hydropisie qui complique la grossesse étoit assez consi-

dérable pour menacer la femme de suffocation, il ne faudroit pas différer de pratiquer la ponction connue sous le nom de *paracentèse*, à laquelle on a quelquefois recours dans les cas ordinaires d'hydropisie ascite ou enkystée. Quoique le succès de l'opération soit très-incertain pour la mère, elle devient nécessaire pour la conservation de l'enfant, que l'on sauve presque constamment en prolongeant la grossesse. Quelques exemples attestent que l'on a quelquefois l'avantage de soustraire, par la paracentèse, la femme à une mort qui, dans cette circonstance, eût été inévitable sans l'emploi de ce moyen.

Plusieurs médecins regardent l'accouchement comme le moyen le plus sûr de délivrer les femmes des maladies dont elles sont attaquées pendant la grossesse : elles ne peuvent en éprouver de soulagement qu'autant que les maladies dont elles sont atteintes seroient produites par cet état ; mais si leurs incommodités en sont indépendantes, comme des fièvres continues, des phlegmasies locales, une dysenterie, etc., loin de diminuer après l'accouchement, lors même qu'il se déclareroit naturellement, elles deviennent au contraire plus dangereuses. Les femmes ne tardent pas à succomber, parce que le travail de l'accouchement et les suites des couches troublent la nature dans les crises qu'elle préméditoit pour la guérison de ces maladies. On a encore plus à craindre si on sollicite le travail par l'art, lorsqu'un organe quelconque est affecté, que la nature, ainsi distraite, ne puisse pas fournir convenablement l'évacuation des lochies et la sécrétion laiteuse, et qu'il ne se fasse une congestion plus considérable vers l'organe malade.

On doit regarder comme dangereux le conseil de ceux qui veulent que l'on cherche à procurer l'avortement dans le cas où l'enfant seroit mort, dans la crainte que, si l'enfant vient à se putréfier dans la matrice, cette fonte putride ne donne lieu à des accidens qui pourroient causer la mort de la mère. Outre que cette crainte est peu fondée, la conduite de ceux qui veulent que l'on accouche la femme dès que l'on croit que l'enfant est mort, est téméraire et hasardée, parce que l'on n'a jamais de certitude de sa mort, mais seulement des conjectures

plus ou moins fondées. Ces praticiens établissent la nécessité d'accélérer l'accouchement sur ce que, lorsque l'enfant est mort et que les femmes le portent long-temps, elles sont atteintes d'une fièvre lente qui les consume. En effet, il arrive assez souvent, lorsqu'une femme grosse porte un enfant mort, qu'elle ressent des lassitudes dans les membres, et qu'elle éprouve de légères horripilations; l'appétit se perd, les joues deviennent livides, la tête douloureuse; les yeux sont caves et cernés; la femme est dans un état de langueur; une matière fétide s'écoule par les parties génitales. Quoique ces accidens s'observent assez souvent chez les femmes qui portent un enfant mort, ils ne suffisent pas pour autoriser à solliciter l'avortement. Les remèdes que l'on emploieroit pour y réussir aggraveroient encore les désordres. On doit se borner à soutenir les forces par les décoctions de quinquina et par des eaux spiritueuses. La femme succombe rarement quand elle est bien dirigée, quel que soit le temps pendant lequel elle porte dans son sein un enfant putréfié.

M. Chambon proscrit avec raison les emménagogues que quelques auteurs ont conseillés lorsque l'enfant est mort dans la matrice. On ne doit pas plus faire usage des cônes de plomb ou de bois poli qu'il conseille d'introduire dans l'orifice pour l'entr'ouvrir : une dilatation obtenue par ce procédé feroit courir de très-grands dangers à la mère.

Maladies syphilitiques des Femmes grosses.

Ces maladies ont le même caractère chez les femmes grosses que chez celles qui ne le sont pas. Leurs causes, leurs symptômes sont les mêmes que dans toutes les autres maladies vénériennes. Je ferai seulement mention des particularités qu'elles présentent chez les femmes enceintes, et des différences que cet état doit apporter dans leur traitement.

Cette maladie produit des effets bien plus funestes dans l'état de grossesse; elle porte atteinte en même temps à deux individus; l'enfant est exposé à venir au monde avant terme. Le plus souvent, si la mère n'a pas été traitée convenablement, il naît mort ou dans un état de marasme qui le menace d'une destruc-

tion prochaine. Quand on considère que le plus grand nombre des femmes atteintes de véroles anciennes accouchent avant terme, que les enfans viennent au monde morts ou dans un état de marasme qui leur devient bientôt funeste, on est porté naturellement à admettre que la syphilis est la cause de tous ces désordres.

Les caractères de la décrépitude que présente le visage des enfans qui naissent vivans, leur peau ridée, flétrie, ne sont-ils pas à leur tour des symptômes qui indiquent l'existence de la vérole ?

Ce ne fut qu'en 1659 qu'on s'occupa du traitement à administrer aux femmes grosses infectées de maladies vénériennes. Jusqu'alors on ne les traitoit qu'après l'accouchement. A cette époque, un médecin nommé *Garnier* s'efforça de prouver que non-seulement on peut traiter, mais encore qu'il seroit avantageux de traiter, pendant le cours de la grossesse, une femme qui seroit atteinte du virus vérolique. C'est le moyen de prévenir l'avortement et de garantir l'enfant de l'infection dont il pourroit être victime ; car l'expérience apprend qu'en même temps qu'en traitant la femme grosse on la délivre de cette terrible maladie, on guérit aussi l'enfant dans le sein de sa mère en lui portant le remède par la voie par laquelle le virus avoit été porté. La Faculté, consultée par l'administration, adopta les vues de ce médecin philanthrope ; ce qui décida à entreprendre le traitement des femmes grosses.

On doit seulement en excepter les derniers temps de la grossesse, lorsque le traitement ne pourroit pas être achevé avant l'accouchement. La diarrhée et la salivation qui surviennent quelquefois pourroient rendre les suites de couches dangereuses. On n'entreprend pas le traitement des femmes grosses au-delà de sept mois et demi pour les maladies récentes, et de sept au plus dans celles qui sont anciennes. Lors même que la grossesse est trop avancée pour que l'on puisse traiter complètement une femme enceinte infectée de la maladie vénérienne, il seroit peut-être avantageux de commencer le traitement pour en suspendre les progrès. On se contente de donner quelques frictions volantes ou quelques verres de dissolution de muriate sur-

oxigéné de mercure. S'il y a des symptômes locaux, comme chancres, pustules et autres, on applique dessus les topiques indiqués par la nature du mal.

L'intérêt de l'enfant dicte aussi de commencer le traitement pendant la grossesse, quoiqu'on ne puisse pas le terminer : il est moins incommodé du mercure lorsqu'il en a éprouvé les premiers effets dans le sein maternel. L'expérience apprend que les préparations anti-syphilitiques, administrées à la mère après l'accouchement, produisent bien moins souvent chez ces enfans que chez les autres de l'agitation, des coliques sans déjections alvines, une chaleur âcre et brûlante, des mouvemens convulsifs. On calme d'une manière surprenante ces mouvemens convulsifs par l'usage des lavemens camphrés.

Les auteurs recommandent aussi de ne point traiter les femmes avant trois mois de grossesse. L'irritabilité plus grande de la femme, la salivation, les nausées, les vomissemens, la diarrhée, les coliques, accidens si fréquens à cette époque, et qui seroient aggravés par l'usage du mercure, me font penser qu'il est prudent de ne pas entreprendre le traitement avant cette époque. Mais pour empêcher la maladie de faire des progrès, on doit administrer au moins, comme dans le cas précédent, quelques palliatifs, jusqu'à l'époque où l'on pourra traiter méthodiquement la femme sans avoir rien à craindre pour elle.

Comment préparer les Femmes grosses au traitement ?

On évite de purger, comme le recommande Antoine Petit. A la rigueur, on pourroit absolument se passer de faire prendre des bains aux femmes grosses avant le traitement. Si elles sont très-foibles, il seroit dangereux de leur en faire prendre. Dans les cas ordinaires, il vaut mieux administrer quelques bains avant le traitement; mais on y aura recours bien moins fréquemment que chez celles qui ne sont pas grosses.

Des bains trop rapprochés, trop chauds, dans lesquels la femme reste trop long-temps, peuvent causer l'avortement, surtout si elle est d'une foible complexion. Les avortemens

étoient fréquens à Bicêtre chez les femmes grosses lorsqu'elles prenoient neuf bains de suite, comme c'étoit l'usage. Ils sont devenus plus rares lorsque M. Cullerier eut changé de méthode. Les femmes ne doivent rester dans le bain que de demi-heure à une heure au plus. Sa température doit être de vingt-sept degrés environ.

La solution aqueuse de muriate sur-oxigéné de mercure, les frictions, sont les seules méthodes que l'expérience prouve être avantageuses : on peut les combiner. On n'a pas toujours la liberté de choisir. Le muriate sur-oxigéné de mercure doit être préféré dans les maladies invétérées, à moins que la constitution du sujet ne s'y oppose. La liqueur de Van-Swiéten, dont il fait la base, ne convient pas aux phthisiques, aux hémoptysiques, ou à ceux qui ont disposition à ces maladies. Mais l'expérience journalière a prouvé, à l'hospice des Vénériens, que les personnes foibles supportent aussi bien cette préparation que celles qui sont plus fortes.

On emploie plus ordinairement, dans cet hospice, le traitement par le muriate sur-oxigéné de mercure que celui par les frictions. On y a observé que ces dernières exposent plus les femmes à la salivation pendant le traitement que la liqueur de Van-Swiéten.

Si on préfère, avec Antoine Petit, les frictions avec l'onguent mercuriel aux mercuriaux pris intérieurement, parce que, dit-il, ils causeroient des vomissemens, des diarrhées qui pourroient être suivis d'avortement, on doit commencer par un demi-gros d'onguent napolitain. On élève successivement la dose à un gros et à un gros et demi. Les femmes nerveuses sont plus exposées à être affectées gravement par le mercure. On met trois jours d'intervalle entre chaque friction, et même plus, si la mère éprouve quelque accident. On s'exposeroit à nuire à son enfant si on portoit les frictions à de plus fortes doses ou qu'on les rapprochât davantage. On évite, en les éloignant ainsi, que la bouche soit affectée.

Antoine Petit conseille de mettre, sur une once de cet onguent, deux scrupules de camphre. Cette précaution me paroît

très-sage : l'addition du camphre prémunit les nerfs contre les effets du mercure, et retarde singulièrement la salivation. Ce praticien préféroit que l'on fît seulement les frictions sur les bras et les épaules. On peut en faire sans inconvéniens sur les pieds, les jambes et même sur les cuisses. On doit frictionner légèrement les cuisses, à cause du voisinage de la matrice. On passe successivement d'une jambe à l'autre; on frictionne de préférence la partie interne des membres.

Pendant le traitement, on fait prendre des bains tous les quatre jours. Si la femme est foible, si on craint l'avortement, on peut mettre six et même huit jours d'intervalle entre chaque bain.

Quatre ou cinq onces de pommade suffisent quand la maladie est récente. Il en faut quelquefois depuis cinq onces jusqu'à sept ou huit quand la maladie est ancienne et rebelle.

On doit continuer le traitement quinze à vingt jours après la disparition des symptômes.

Lorsque la salivation survient pendant les frictions, les bains très-chauds, les purgatifs que l'on emploie dans les cas ordinaires pour l'arrêter, seroient dangereux. On doit suspendre le traitement et donner des gargarismes adoucissans auxquels on peut ajouter un demi-grain ou un grain d'opium, une tisane adoucissante et opiacée à la dose d'un grain par pinte, des lavemens émolliens ou légèrement laxatifs. Lorsqu'il n'y a plus d'irritation, les gargarismes doivent être alumineux ou acidulés.

La crainte qu'avoit Antoine Petit des mercuriaux pris par la bouche est peu fondée. Non-seulement on peut employer le mercure doux, dont il permet l'usage, à la dose d'un grain et demi, deux grains, de deux jours l'un ; mais encore on peut donner le sublimé corrosif (muriate suroxigéné de mercure).

Si on accorde la préférence au muriate suroxigéné de mercure, on doit commencer par un huitième de grain seulement. On passe ensuite à un quart de grain. Au bout de quelque temps, on le donne à la dose d'un demi-grain par jour, si la liqueur n'irrite pas trop vivement l'estomac. Si cet organe est

agacé par l'usage de cette liqueur, on s'en tient pendant tout le traitement à un quart de grain.

On administre ce remède dans un verre d'une décoction de graine de lin, dans du lait, dans un look gommeux, ou dans le sirop sudorifique, dans le cas où on l'emploie à raison de la gravité des symptômes. Lorsque, malgré ce mélange et l'addition d'un sirop ou d'une dissolution de gomme arabique, l'estomac est pincé, le goût désagréablement affecté, que des nausées se font sentir, on partage le remède en deux prises, dont l'une pour le matin et l'autre pour le soir. On se comporte, relativement à l'emploi des bains, comme je l'ai indiqué pour les frictions.

La dose totale n'est pas la même pour toutes les malades : outre les modifications qu'exige le tempérament, on doit surtout avoir égard à l'ancienneté et aux complications de la maladie.

Dans les maladies vénériennes récentes, il suffit de faire prendre à la malade une quantité de quinze à vingt grains de muriate de mercure suroxigéné. Quand les symptômes sont graves, la maladie ancienne, le traitement doit durer plus long-temps, et la dose totale doit être portée jusqu'à trente et même quarante grains. Lorsque le mal est parvenu à ce point, on a en outre recours aux sudorifiques en tisane et en sirop. La tisane est composée d'une once et demie de gaïac, et de demi-once de salsepareille dans deux pintes d'eau réduite en une. On peut porter la quantité de salsepareille à une once et demie.

On donne le sirop sudorifique ou de salsepareille à la dose de trois à six onces le matin. Quand on mêle la liqueur de Van-Swiéten au sirop, on ne doit faire le mélange qu'au moment seulement où la malade doit le boire, pour éviter sa décomposition.

M. Boullay, pharmacien à Paris, rue des Fossés-Montmartre, a prouvé dans un Mémoire que le sublimé corrosif, uni au sirop de salsepareille, s'y décompose : d'où il résulte que l'on devroit les donner séparément et à des heures différentes.

Pendant le traitement, on doit éviter, autant que possible, de purger les femmes grósses : on doit user avec beaucoup de réserve des émulsions, qui pourroient troubler les digestions chez ces femmes, dont l'estomac est si souvent dérangé par cet état.

Ce traitement fini, Antoine Petit passe à l'usage du lait coupé avec les stomachiques, qu'il continue pendant un mois ou deux ; ou bien il fait boire des eaux minérales acidules pour rétablir l'estomac qui a souffert pendant le traitement.

De l'Avortement.

Je donne le nom d'*avortement* à l'expulsion prématurée du fœtus, à quelque terme de grossesse qu'elle arrive, réservant l'expression de *fausse-couche* adoptée par quelques auteurs, pour la sortie ou l'expulsion d'un corps quelconque étranger à la conception, ou au moins à la grossesse, ce qu'indique d'ailleurs son nom.

L'avortement est un accident qui peut arriver à toutes les époques de la grossesse ; on l'observe cependant plus souvent dans les deux ou trois premiers mois que dans les autres, quand il n'est pas le produit d'une cause accidentelle. Considéré sous le rapport de son invasion, il auroit donc dû être placé parmi les incommodités qui appartiennent plus spécialement aux premiers mois. Si j'ai remis son exposition après celle de tous les autres accidens de la grossesse, c'est que la plupart d'entr'eux sont de nature à le produire. Pour indiquer les moyens de le prévenir, il suffira, et il sera naturel de renvoyer à ce que j'aurai dit de chacun de ces accidens en particulier.

Sœmmering dit avoir observé que, dans un cértain nombre de fœtus avortés, il y en a plus du sexe féminin que du sexe masculin, et aussi proportionnellement plus de difformes que de bien conformés.

Parmi les causes dont je ferai mention, il en est qu'on ne peut pas prévenir, et contre lesquelles tous les secours de l'art seroient inutiles. Les moyens curatifs que l'avortement exige consistent à éloigner les causes qui l'ont déterminé si elles

continuent d'agir, et à combattre les accidens qu'elles ont fait naître.

Pendant long-temps, les auteurs ont pris les mots d'*avortement*, de *fausse couche*, pour l'expulsion de l'enfant hors de l'utérus avant le terme ordinaire, quelle que soit l'époque où cet accident arrive. Mais dans ces derniers temps, ils ont généralement restreint le terme d'*avortement* à l'expulsion de l'enfant avant un terme de la grossesse où il soit assez développé pour continuer de vivre après la naissance. Cette époque s'étend du moment de la naissance jusqu'au terme de sept mois révolus, avant lequel ils pensent que les enfans n'ont pas acquis le degré de perfection nécessaire pour exécuter les diverses fonctions qui constituent la vie. Ils ont donné le nom de *naissance prématurée* à celle des enfans qui viennent au monde depuis le septième mois inclusivement, où ils sont regardés comme viables, jusqu'au terme ordinaire de la grossesse.

Cette distinction établie par les auteurs entre avortement et naissance prématurée, tirée de l'époque où l'on croit que commence la viabilité du fœtus, suppose comme certain ce qui, comme je l'ai dit, est encore un sujet de controverse pour les médecins. On semble admettre comme constant que la viabilité n'a lieu qu'au terme de sept mois révolus. Or, quoique l'opinion la plus généralement admise ne fasse remonter la viabilité qu'au terme de sept mois accomplis, il faut convenir qu'il est difficile de poser des limites sur le terme précis où la viabilité commence pour chaque individu, parce que la perfection du fœtus, qui est la seule règle que l'on puisse suivre pour fixer l'époque où commence l'aptitude à vivre, peut varier à l'infini. D'ailleurs, cette distinction est peu importante à retenir, puisque ces deux états n'offrent pas des indications différentes lorsqu'il s'agit de prévenir ou de remédier au travail accidentel qui s'est déclaré.

Des Causes de l'Avortement.

Les causes de l'avortement sont très-multipliées. On peut les rapporter : 1°. à celles qui concernent la mère; 2°. la matrice;

3°. le fœtus et ses dépendances, son placenta, son cordon ombilical.

Des Causes d'Avortement propres à la mère.

Les causes d'avortement particulières à la mère sont en plus grand nombre chez les femmes des villes que chez celles des campagnes. Cette prédisposition plus grande à l'avortement chez les premières trouve sa source dans leur constitution, qui étant plus foible, plus irritable, fait qu'elles sont plus exposées à éprouver l'empire des passions. En effet, dans les villes les avortemens sont le plus souvent dus à des causes morales; dans les campagnes, au contraire, lorsque la grossesse est troublée, l'expérience apprend que cet accident est le plus souvent produit par des coups, des chutes, des travaux excessifs, et autres causes analogues.

Pour se former une idée de la multiplicité des causes d'avortement qui tiennent aux dérangemens dont la mère est atteinte, il suffit de se rappeler que souvent sa constitution, son tempérament, la prédisposent à cet accident; que le lieu qu'elle habite, l'air qu'elle respire, les exercices auxquels elle se livre, les postures qu'elle prend, les passions dont elle est atteinte, toutes les impressions propres à l'émouvoir fortement qui viennent l'assaillir, les saisons, les habillemens, les alimens, les médicamens, les maladies, soit aiguës, soit chroniques, qui surviennent pendant la grossesse, sont assez souvent des circonstances qui, par leur influence délétère, menacent la femme d'avortement ou qui le produisent.

Elles doivent se diviser en causes prédisposantes et en causes occasionnelles. Les premières font que les femmes sont exposées à avorter avec plus de facilité lorsqu'elles éprouvent l'action des impressions extérieures.

Cette disposition particulière à l'avortement ne suffit pas ordinairement pour le produire; il faut encore qu'elle soit mise en jeu par des causes occasionnelles, mais qui produisent d'autant plus d'effet qu'elles agissent sur des corps déjà mal disposés.

1°. Quant à la prédisposition qui se tire de la constitution

générale et du tempérament, l'observation apprend que les femmes éminemment nerveuses avortent facilement. On en a vu quelques-unes n'avoir pu réussir à porter à terme, quelques précautions qu'elles aient prises. Chez elles, l'utérus étant dans un spasme continuel, ne peut pas se prêter à l'extension nécessaire sans en éprouver une irritation qui sollicite son action. Un usage fréquent des bains tièdes, même dès les commencemens, combiné avec les anti-spasmodiques, et secondé d'un régime convenable, seroit le moyen le plus sûr de conserver la grossesse, en remédiant à cette irritabilité nerveuse immodérée.

On observe encore que les femmes foibles, soit que cet état tienne à la constitution générale, ou que cette débilité ait été produite par des causes accidentelles, sont exposées à avorter pour la plus légère cause. L'expérience confirme chaque jour cette remarque, déjà faite par Hippocrate. C'est en affoiblissant la constitution qu'une diète sévère, de longues veilles, des saignées abondantes faites sans nécessité, que les observateurs rangent avec raison parmi les causes d'avortement, prédisposent les femmes à cet accident. Des veilles prolongées peuvent encore concourir à produire cet accident en augmentant l'irritabilité. Chez ces femmes, les vaisseaux qui unissent le placenta avec la matrice ayant peu de consistance, la secousse la plus légère suffit pour détruire leur union, et produire l'avortement. Si l'observation apprend que les femmes foibles, épuisées par la faim ou la maladie, sont plus exposées à avorter, on les voit cependant quelquefois accoucher à terme, et d'enfans très-bien portans. Dans tous ces cas, s'il existe un moyen d'assurer la grossesse, il consiste à donner des alimens faciles à digérer et restaurans. En nourrissant bien la femme, on a suspendu dans quelques cas le travail qui s'étoit déclaré à la suite d'une abstinence totale des alimens pendant plusieurs jours. J'ai été témoin d'un exemple de cette espèce à ma salle d'accouchement. Si la constitution scorbutique de la femme fait craindre cet accident, on doit employer, pour remédier à cette complication, qui trouble assez souvent la grossesse, les remèdes que

l'expérience a appris être les plus convenables pour détruire cette cachexie.

La pléthore sanguine peut aussi devenir une cause d'avortement; elle peut être générale ou locale. Cette dernière est peut-être plus fréquente, en même temps qu'elle est plus fâcheuse. On a vu ces femmes avorter cinq ou six fois de suite, et n'avoir pu accoucher à terme et d'enfans vivans, que par des saignées répétées très-souvent dans le cours de la grossesse, et même dès le commencement de la conception. Chez les femmes pléthoriques qui vivent splendidement et qui mènent une vie indolente, les saignées générales sont souvent nécessaires pour éviter l'avortement : par ce moyen on fait cesser le travail qui s'étoit déclaré à raison de cette disposition, quoique l'orifice de la matrice fût déjà entr'ouvert de la largeur d'un écu de trois livres. Je pourrois ajouter plusieurs observations à celles que cite à ce sujet M. Baudelocque. Les saignées générales doivent être employées avec bien plus de réserve et de circonspection si la pléthore est seulement locale, et s'observe chez une femme foible. Malgré le préjugé général, ne pourroit-on pas la combattre par les saignées locales, les bains de vapeurs, les injections vaginales propres à modérer l'excès de vie dont jouit l'utérus, et qui y détermine une congestion ?

Lorsque le sang ne trouve pas d'issue et qu'il est retenu dans l'intervalle des membranes, l'avortement est plus à craindre que lorsqu'il paroît sur-le-champ au-dehors, soit qu'il soit fourni par une rupture des vaisseaux ou seulement par exhalation : en effet, dans le premier cas, le sang qui est retenu entre les membranes les écarte de plus en plus, tiraille les vaisseaux et détermine le décollement de la majeure partie du placenta.

2°. Relativement au lieu qu'habite la femme, à l'air qu'elle respire, il est d'observation que les lieux marécageux, le voisinage des cimetières, des fosses d'aisance et autres cloaques où se dégagent des exhalaisons putrides, soit qu'elles soient dues à la présence de corps d'animaux ou à celle de végétaux ex-

posés à une décomposition spontanée, le séjour dans des hôpitaux surchargés de malades et mal aérés, font que les femmes, qui le plus souvent sont fixées par leur profession dans ces lieux mal sains, sont très-exposées à avorter pour la plus légère cause. Dans l'impossibilité où l'on est de les soustraire à l'influence délétère de ces émanations, on doit au moins s'efforcer d'en affoiblir l'impression par diverses précautions que l'on ne sauroit indiquer d'une manière générale, parce qu'elles tiennent aux circonstances où se trouvent les femmes.

Les odeurs fortes et désagréables produisent souvent l'avortement. On a vu des femmes avorter pour avoir respiré l'odeur du charbon, d'autres celle du suif dans des ateliers destinés à la confection de la chandelle.

Un air trop vif devient nuisible, parce qu'il peut occasionner des toux violentes. Un air trop humide relâche la fibre, ce qui peut devenir dangereux chez les femmes où elle pèche par défaut de ton. Il y a beaucoup plus d'inconvéniens que dans toute autre circonstance de la vie, de s'exposer à la pluie et aux autres injures du temps qui, en développant des maladies aiguës, peuvent occasionner l'avortement.

3°. Les maladies aiguës ou chroniques peuvent troubler la grossesse. Celles dont la femme grosse est attaquée sont étrangères à cet état ou bien produites par lui. Plus la douleur qui les accompagne est vive, plus il y a à craindre. Toutes les grandes douleurs, quel que soit leur siége, peuvent causer l'avortement. Plus l'organe affecté a des correspondances sympathiques avec l'utérus, plus on doit redouter cet accident. La présence d'une pierre dans la vessie peut faire avorter une femme enceinte.

Il est d'observation journalière que les femmes infectées depuis long-temps du vice vénérien accouchent souvent avant terme, et d'enfans morts ou mourans, qui sont toujours maigres et comme macérés par les eaux de l'amnios. Un traitement convenable, dirigé d'après les circonstances qui compliquent la grossesse, eût prévenu ces accidens.

Des observations nombreuses apprennent que l'on voit bien

plus d'avortemens, bien plus d'enfans mourir dans les circonstances où les mères éprouvent des maladies. Cependant il y a aussi beaucoup d'exemples contraires qui prouvent que, quoique les fœtus éprouvent des atteintes lorsque leurs mères sont malades, ils peuvent néanmoins venir au monde vivans, et seulement au terme naturel.

Les convulsions peuvent produire l'avortement. Mais je consacrerai, dans un autre endroit, un article particulier à cette cause d'avortement et d'accouchement contre nature.

Tous les accidens de la grossesse, s'ils sont portés à un degré très-intense, peuvent, comme nous l'avons vu, donner lieu à l'avortement. Mais on doit spécialement redouter les dévoiemens opiniâtres, surtout lorsque le flux de ventre est accompagné d'épreintes et de ténesmes. J'ai dit, en traitant de cet accident, qu'Hippocrate le regardoit comme un indice certain d'avortement. S'il doit alors raisonnablement faire craindre que la grossesse ne parvienne pas au terme naturel, quelques exemples apprennent cependant qu'elle n'est pas toujours troublée.

Une toux violente, soit qu'elle ait son siége vers les poumons ou l'estomac, soit qu'elle doive être considérée comme une toux d'irritation et nerveuse, est une cause assez fréquente d'avortement : elle fait courir plus de danger à la femme que le vomissement. Il est même rare que ce dernier produise l'avortement. Dans le vomissement, les efforts se dirigent de bas en haut, et agissent peu sur la matrice. Dans la toux, l'impulsion se fait de haut en bas. Les contractions tendent à pousser l'utérus en bas.

Les coqueluches sont encore bien plus dangereuses, parce que, pendant les quintes, il peut survenir des contractions convulsives dans le diaphragme et les muscles du bas-ventre, déterminées par les accès. L'effet de ces contractions violentes porte sur la matrice et détruit l'adhésion du placenta.

4°. Toutes les passions dont la femme est atteinte, comme la joie, un accès de colère, la crainte, une surprise, un violent chagrin, l'annonce d'une nouvelle affligeante et imprévue,

peuvent devenir autant de causes d'avortement, parce qu'elles sont de nature à occasionner un ébranlement comme convulsif dans la machine.

5°. Toutes les impressions vives, comme celles qui résulteroient de l'immersion subite dans l'eau froide, de liqueurs très-froides dont la femme useroit pour étancher sa soif, agissent de la même manière que les passions trop vives, et peuvent, comme elles, devenir causes d'avortement. On doit surtout redouter l'exposition de la gorge et des bras nus à un air très-vif. L'action de mettre les pieds en contact avec des corps froids peut aussi occasionner des coliques vives.

Au sujet des dangers résultans de passions ou d'émotions vives et brusques, on peut conseiller la nécessité de la modération dans les plaisirs de l'amour : des embrassemens trop fréquens et trop ardens, que quelques femmes semblent desirer davantage après la conception, peuvent être regardés comme une des causes les plus ordinaires d'avortement. Ces jouissances sont surtout dangereuses dans les premiers temps et à la fin de la grossesse. Lorsque le médecin est consulte par une femme qui a déjà avorté plusieurs fois, il doit lui conseiller de s'abstenir totalement des plaisirs de l'amour dès qu'elle se soupçonne grosse. L'acte de la copulation exalte la sensibilité de l'utérus, augmente l'afflux du sang vers cet organe, et produit un désordre dans toute l'économie qui peut devenir nuisible, surtout chez les femmes d'un tempérament sensible et éminemment nerveux. L'irritation que cet acte établit vers l'utérus peut occasionner, par suite, des pertes, ou bien détruire les foibles adhérences qui attachent un être aussi frêle à la matrice. L'époque à laquelle les jouissances conjugales peuvent être sujettes à plus d'inconvéniens est celle qui répond au retour périodique de la menstruation. L'incontinence pendant la grossesse a aussi des suites plus fâcheuses lorsque la femme est atteinte d'accidens dépendans d'un état spasmodique que le coït pourroit augmenter.

Plessmann rapporte « qu'une femme d'un tempérament las-» cif éprouvoit, pendant le cours de la grossesse, un frémis-

» sement involontaire et très-visible, en entendant seulement
» prononcer un mot qui pût lui rappeler l'idée du coït... Ce
» phénomène disparut après l'accouchement, comme tant
» d'autres singularités que l'état de grossesse enfante ».

Cette modération dans l'usage du mariage semble être dictée par la nature, puisque nous voyons les femelles des animaux fuir le mâle dès qu'elles ont conçu.

L'ébranlement qui résulteroit d'un grand bruit, comme celui du canon, d'un coup de tonnerre, peut introduire dans la matrice un état convulsif, lequel est suivi du décollement du placenta et de l'avortement. M. Baudelocque rapportoit, dans ses leçons, que pendant les huit premiers jours qui suivirent l'explosion de la plaine de Grenelle, il avoit été appelé pour soixante et deux femmes en péril ou en état d'avortement. Lors de cette forte détonnation, l'épouvante qui se joignit à la commotion fit périr plusieurs fœtus dans le sein de leur mère, et détermina, chez un millier d'autres femmes qui n'étoient pas enceintes, des spasmes, des accès hystériques, des mouvemens convulsifs.

6°. Quant aux causes externes qui produisent une secousse, il est d'observation constante que les coups, les chocs portés sur la région hypogastrique, les chutes sur cette région, produisent souvent l'avortement.

7°. Les habillemens trop serrés ont le même mode d'action : le ventre comprimé par des busques roides, dans le dessein de céler la grossesse, ou seulement de se rendre la taille plus élégante, produiroit le même accident. Il est important pour les femmes grosses d'éviter toute compression sur l'abdomen : elles ne doivent point porter de vêtemens trop légers.

8°. Relativement aux exercices et aux postures que peut prendre la femme, on sait que l'ébranlement et la commotion produits par des danses, des éclats de rire, des sauts, des efforts, deviennent des causes d'avortement, parce qu'ils rompent l'union du placenta avec l'utérus. Des voyages longs, une marche prolongée, les secousses d'une voiture rude, agissent de la même manière.

Le soulèvement des bras, soit pour lever un fardeau, pour atteindre quelque chose d'élevé, pour tirer de l'eau dans un puits, soit simplement pour bâiller, est une cause assez ordinaire d'avortement, quoiqu'il soit peut-être difficile de concevoir la manière dont elle agit pour produire cet effet.

9°. Quant à ce qui concerne les médicamens, il est d'observation que les purgatifs drastiques, les lavemens irritans, que les remèdes âcres, comme les cantharides, l'aconit, etc., les substances emménagogues qui ont un effet plus direct sur la matrice, telles que la sabine, la rhue, la mercuriale, etc., sont nuisibles aux femmes enceintes. Les moyens usités chez les dames romaines pour se faire avorter étoient tirés de l'une de ces classes. Je n'entrerai pas dans le détail de ces médicamens homicides enseignés par Aspasie, et qu'elle a consignés dans un volume dont Aétius nous a conservé un fragment. *Tetrabibl. IV, serm. IV, cap.* 27 et 28.

Le serment qu'Hippocrate exigeoit de ses élèves, de ne jamais employer les secrets de la trop célèbre Aspasie, prouve que ce crime étoit commun de son temps. Si l'on en juge par la satire sixième de Juvénal, c'étoit une chose commune de se faire avorter, de son temps, à Rome.

Sed jacet aurato vix ulla puerpera lecto,
Tantum artes hujus, tantum medicamina possunt,
Quæ steriles facit atque homines in ventre necandos
Conducit.

L'usage de ces substances regardées comme abortives produit rarement cet effet chez les femmes dont la grossesse n'étoit pas menacée auparavant. Si ces substances sont très-âcres, elles occasionnent la mort de la mère, en même temps qu'elles excitent les contractions de l'utérus. Les remèdes que des hommes pervers emploient pour procurer l'avortement, ne le produisent que quand une certaine disposition individuelle concourt avec leur action.

J'ai déjà indiqué que lorsqu'on n'employoit les bains pendant la grossesse qu'avec circonspection, et pour remédier à

quelque indisposition qui la compliquoit, loin de procurer l'avortement, ils étoient au contraire un moyen de le prévenir. L'abus seul des bains, pris à contre-temps, peut faire qu'ils deviennent une cause d'avortement. La femme n'a rien à redouter de leur emploi si elle observe les précautions requises, comme de les prendre modérément chauds, et de ne pas y rester trop long-temps.

Les hémorrhagies considérables exposent les femmes à l'avortement, et on doit le craindre toutes les fois que la femme en est atteinte. S'il a précédé une cause qui ait pu opérer le décollement du placenta, le danger est encore plus grand. Quelle que soit la cause qui menace la femme de cet accident, l'hémorrhagie utérine l'accompagne et l'annonce assez ordinairement. Toutes les fois qu'elle a lieu, on doit craindre qu'il n'y ait au moins un décollement partiel du placenta. Mais il faut prendre garde de considérer comme une perte l'évacuation menstruelle, qui peut continuer nonobstant la grossesse.

Doit-on ranger parmi les causes d'avortement une saignée du pied pratiquée chez une femme grosse? La crainte où sont généralement les praticiens que la saignée du pied produise l'avortement, est plutôt fondée sur des vues théoriques que sur l'observation; elle est le résultat de la doctrine de la révulsion et de la dérivation, qui ne repose sur aucuns faits positifs. Les partisans de cette opinion pensent que la saignée du pied, chez une femme grosse, peut attirer une trop grande quantité de sang vers la matrice. Cette congestion peut produire une hémorrhagie, le décollement du placenta, et par suite l'avortement. Les femmes devenues grosses contre leur vœu fournissent des preuves nombreuses que la saignée du pied ne produit pas habituellement l'avortement. Elles trouvent toujours le moyen, en feignant des indispositions, de se faire pratiquer plusieurs saignées du pied, sans réussir pour cela dans leur dessein.

Il est sans doute arrivé plusieurs fois que l'avortement aura suivi cette saignée; mais il auroit eu également lieu quand on s'en seroit abstenu. Regarder la saignée comme la cause de

l'accident, quand cette coïncidence n'arrive que rarement, c'est conclure avec le vulgaire, *post hoc, ergò propter hoc.*

Des Causes d'Avortement qui trouvent leur source dans les lésions de l'utérus.

1°. De la part de l'utérus trop de rigidité dans la fibre, trop de sensibilité exposent la femme à avorter : trop de rigidité de la part de cet organe peut faire qu'il ne se laisse pas distendre suffisamment. S'il est trop irritable, le plus léger stimulus suffit pour en solliciter les contractions.

Plusieurs femmes qui avoient accouché souvent avant le terme ordinaire, sans qu'aucune cause apparente y eût donné lieu, ont pu, dans les grossesses subséquentes, porter leur enfant plus long-temps, et même jusqu'à neuf mois, en prenant des précautions pour diminuer la sensibilité de la matrice, ou pour faciliter son extension en relâchant ses fibres. Les bains, les demi-bains, les injections vaginales, la saignée chez les femmes robustes, sont les moyens indiqués pour satisfaire à ces indications.

Suivant quelques auteurs, l'avortement peut dépendre de l'atonie et de la foiblesse des fibres du col de la matrice. En effet, l'observation apprend que l'effacement prématuré du col dépendant de l'organisation même de ce viscère, peut aussi le produire sans l'influence d'aucune autre cause. Dans tous ces cas, l'avortement survient sans qu'aucune cause ait annoncé qu'il étoit à craindre.

2°. Les squirrhes, les stéatomes, et autres tumeurs ou maladies de l'utérus, sont rangés avec raison parmi les causes d'avortement. Les flueurs blanches, en inondant la surface interne de ce viscère, diminuent ses propriétés vitales, et ramollissent ses fibres. Les ulcères, les cancers de la matrice agissent en développant une irritabilité contre nature. Des exemples contraires prouvent que, dans quelques cas, ces affections organiques n'empêchent pas la grossesse de parvenir à terme.

3°. La présence de plusieurs fœtus, d'une hydropisie, d'une

môle, d'un polype, qui co-existeroient avec un enfant, sont autant de causes qui peuvent déterminer cet accident, parce que la matrice ne peut pas se développer suffisamment pour loger l'enfant et ses dépendances.

Des Causes d'Avortement qui tiennent au fœtus.

On peut ranger parmi ces causes ses maladies, sa mort, sa foiblesse. Quoiqu'il soit constant que la mort de l'enfant est une cause occasionnelle d'avortement, il n'arrive cependant pas toujours aussitôt après sa destruction. On a vu des mères conserver pendant quelque temps dans leur sein un enfant mort. Il n'est pas possible de déterminer combien de temps cet état peut durer. Plusieurs exemples attestent que des enfans sont restés pendant plusieurs mois après leur mort dans le sein de leur mère.

Quelle que soit la cause qui ait produit la mort du fœtus dans la matrice, sans avoir opéré auparavant la séparation du placenta, cette masse cesse presque aussitôt, dès que l'enfant est mort, de pomper les fluides qu'elle puisoit auparavant; ses adhérences deviennent plus lâches, et elle ne tarde pas à se détacher de l'utérus comme un fruit qui se gâte avant sa maturité se détache du rameau auquel il adhéroit.

Le fœtus ne croissant plus, ses dépendances, ou ne pompant plus, ou ne pouvant consommer la totalité des liqueurs qui continuent d'affluer vers l'utérus, ce viscère augmente de volume, il en est irrité, ce qui sollicite ses contractions. L'irritation que produit l'accumulation des liqueurs qui a lieu dans la matrice après la mort de l'enfant, me paroît une des causes qui contribuent le plus à opérer la séparation de l'œuf de l'utérus.

Cependant l'observation apprend que les adhérences du placenta et du chorion ne se rompent pas toujours aussitôt après la mort de l'enfant, et qu'elles peuvent encore, dans des cas rares, continuer de recevoir la nourriture, non-seulement pendant plusieurs mois, mais même pendant des années. C'est dans les

circonstances où les adhérences des secondines subsistent encore long-temps après la mort du fœtus, qu'on les a vu prendre un accroissement extraordinaire, et former ces corps que les médecins connoissent sous le nom de *môles*.

Il est incontestable que l'enfant peut être atteint de plusieurs maladies dans le sein de sa mère; mais il est le plus souvent impossible de les connoître. Les convulsions qu'il y éprouve, et qui donnent lieu à des mouvemens que l'on distingue de ses mouvemens ordinaires en ce qu'ils sont vifs, irréguliers, et se font par soubresauts, occasionnent quelquefois des douleurs violentes qui peuvent produire l'avortement. Ant. Petit regarde la saignée comme le meilleur moyen pour calmer ces convulsions. On peut la répéter chez les femmes robustes : elle tranquillise, dit-il, comme par enchantement la mère et l'enfant. Il recommande les lavemens anti-spasmodiques; il réprouve les narcotiques, « qui suspendent à la vérité les convulsions, mais ce » n'est que pour peu de temps; elles reviennent ensuite avec » plus de force et de violence. » On doit appliquer à ce cas les vues générales que je présenterai sur les convulsions, dont le traitement doit être différent, suivant le tempérament de la femme.

Quand l'avortement se fait sans cause, sans coups, sans chute, on voit si fréquemment l'enfant naître dans un état de langueur, que je crois que l'on est autorisé à regarder cette foiblesse comme cause de son expulsion prématurée.

Des Causes d'Avortement qui tiennent aux dépendances du Fœtus.

1°. De la part du placenta. L'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice donne constamment lieu à des hémorrhagies vers les derniers temps de la grossesse, et produit assez souvent l'avortement. Les callosités, l'ossification de cette masse qui intercepteroient la circulation commune entre la mère et l'enfant, font périr le fœtus et procurent sa sortie.

2°. La rupture du cordon, soit en partie, soit en totalité,

pendant la grossesse, parce qu'il est trop court, peut déterminer l'avortement. Les nœuds du cordon ne peuvent pas devenir causes d'avortemens, comme l'ont prétendu Levret et Smellie.

3°. Quant aux membranes, l'extrême délicatesse de leur tissu est une cause d'avortement chez les femmes dont la matrice s'ouvre de bonne heure.

4°. Quant aux eaux, une très-petite quantité de liquide dans l'amnios peut devenir une cause d'avortement. Lorsqu'il y a beaucoup moins d'eau que de coutume, l'œuf n'étant pas garanti dans toute sa circonférence par le liquide, l'enfant éprouve une impression fâcheuse de la part de l'utérus qui en est également irrité : ce qui peut donner lieu à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

L'avortement est soumis jusqu'à un certain point à l'empire de l'habitude. Une femme qui a déjà éprouvé plusieurs fois cet accident, le voit souvent se renouveler sans cause manifeste, presque à la même époque de sa gestation. La matrice paroît conserver une sorte de tendance à produire le même acte à la même époque où il est déjà survenu plusieurs fois. Schulzius rapporte « qu'une femme violemment émue ayant fait » une fausse couche, en fit encore vingt-deux autres, toutes » au même temps de sa grossesse que la première. ».

Chez quelques femmes peut-être pourroit-on rapporter la cause de la périodicité de l'avortement à une maladie organique de l'utérus : il est au moins assez ordinaire que l'avortement est une époque de laquelle on peut dater le commencement de plusieurs maladies fâcheuses de la matrice, soit qu'elles soient la cause ou seulement la suite de cet accident. Mais je crois que le plus souvent on ne peut accuser qu'une sensibilité nerveuse trop exaltée.

Toutes choses égales d'ailleurs, la même cause produit d'autant plus sûrement l'avortement, que son action coïncide avec l'époque où les règles auroient paru si la femme n'avoit pas été grosse. Car si les femmes enceintes sont tourmentées d'incommodités, elles se font sentir bien plus vivement dans le

temps où elles avoient coutume d'avoir leurs règles, et celles même qui sont bien portantes éprouvent alors un malaise inaccoutumé.

Peut-être même pourroit-on regarder avec quelque fondement la menstruation non-seulement comme propre à faciliter l'action des autres causes d'avortement, mais encore comme pouvant le produire toute seule chez les femmes surtout où le mouvement qui tend à établir les règles pendant le temps de la grossesse est fort et brusque. Le danger est proportionné à la nature du tempérament des femmes. *Boerhaave* dit avoir observé que, sur dix avortemens survenus spontanément dans les premiers mois, il en est neuf qui arrivent à l'époque du flux menstruel, où la nature fait toujours plus ou moins effort pour détruire les adhérences du placenta.

Il est même probable que le travail qui a lieu pendant la grossesse pour produire la révolution périodique, fait que les conceptions qui se font dans les derniers jours qui précèdent l'éruption des menstrues réussissent rarement, parce que l'action du sang détruit les racines du germe, qui sont très-foibles.

Le docteur Sacombe pense que lorsque la conception a lieu peu de temps avant l'époque destinée par la nature pour l'apparition du flux menstruel, la grossesse est plus orageuse, comme elle est plus exposée à être troublée. Plus l'instant de la conception est éloigné de la dernière menstruation, plus la grossesse sera pénible pour la femme. Cette assertion est loin d'être confirmée par l'expérience, qui la dément au contraire assez souvent.

A quelle époque de la grossesse l'avortement spontané est-il plus fréquent? Je pense que les avortemens qui ne sont pas produits par une cause externe, physique ou morale, arrivent bien plus souvent dans les premiers mois de la gestation que dans les derniers. Les deux causes suivantes rendent facilement raison de la fréquence de cet accident prouvée par l'observation. Dans les premiers mois, l'effort de la nature pour produire les règles est bien plus fort. L'afflux du sang qui se fait alors vers l'organe utérin doit y exercer une influence d'autant

plus sensible, que les vaisseaux sont dans un état à ressentir plus vivement le stimulus qui leur est appliqué. Ajoutez à cela que l'embryon n'a dans les commencemens que des adhérences très-lâches avec l'utérus, et qui peuvent par conséquent céder avec la plus grande facilité à la plus petite force qui tendroit à les détruire.

La plupart des causes dont j'ai parlé peuvent donner lieu à l'avortement dans tous les temps de la grossesse indifféremment; mais elles ne sont pas toujours assez actives pour procurer la sortie du fœtus : les désordres qu'elles peuvent occasionner dépendent de leur intensité, et de la disposition où se trouve la femme sur laquelle elles agissent, dont le corps peut être plus ou moins disposé à recevoir leur impression : telle femme avorte pour la plus légère cause, souvent même sans cause manifeste, tandis que telle autre éprouve les secousses les plus violentes, soit au physique, soit au moral, sans que la grossesse en soit ébranlée. Combien de filles débauchées, voulant dérober au public la connoissance de leur grossesse, mettent en usage les moyens les plus actifs pour se faire avorter, se livrent à des exercices forcés, sans réussir dans leur dessein quand il n'y a pas de cause prédisposante !

Signes précurseurs et présomptifs de l'Avortement.

Si quelquefois l'avortement s'annonce sans aucune cause apparente et sans symptômes précurseurs, le plus souvent la femme éprouve long-temps auparavant des accidens qui le font craindre. L'accoucheur doit étudier avec soin les signes particuliers qui peuvent lui apprendre que la femme est menacée de cet accident, afin de pouvoir le prévenir. Les signes particuliers qui précèdent l'avortement et qui font présumer qu'il peut avoir lieu, sont des douleurs dans les lombes et la région hypogastrique, qui deviennent plus suspectes si elles vont se perdre dans le fondement et vers la vulve; des hémorrhagies plus ou moins considérables, suivant la cause qui les produit, et qui dépendent le plus souvent du décollement du placenta. L'hé-

morrhagie utérine est souvent précédée de douleur d'estomac. Il existe un malaise, un frisson, si la cause qui menace d'avortement est aiguë, comme un coup, une chute.

L'affaissement subit des seins, l'évacuation d'une liqueur séreuse par le bout des mamelons, l'absence du mouvement du fœtus, l'aplatissement du ventre, qui se porte tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, la chute de la matrice qui, en plongeant dans le petit bassin, produit un sentiment de pesanteur vers le pubis, le périnée, des envies fréquentes d'uriner, sont une présomption assez forte, lorsque tous ces signes se trouvent réunis, que l'avortement aura lieu, si en même temps le col s'abaisse, devient plus mou, et paroît disposé à s'entr'ouvrir. On doit regarder l'avortement comme prochain si l'on a des indices de la mort du fœtus, ou si les causes qui le procurent continuent d'agir.

Les symptômes immédiats du travail propre à opérer l'avortement sont absolument les mêmes que ceux du travail de l'enfantement, auxquels se joignent ceux déterminés par les causes qui l'ont produit. Lorsqu'il a lieu depuis quelque temps, il arrive les mêmes changemens dans l'état de la matrice que lorsque l'accouchement ordinaire se déclare. Les contractions de la matrice, excitées accidentellement, amènent les douleurs, la dilatation de l'orifice, la formation de la poche des eaux, la rupture des membranes et l'écoulement du liquide.

Que doit-on penser de l'opinion de plusieurs auteurs qui croient que les douleurs sont plus fortes dans les avortemens des premiers mois de la grossesse que dans l'accouchement naturel? Ce qui a pu accréditer cette assertion erronée, c'est que les douleurs se prolongent plus long-temps, parce que le travail n'est pas dans l'ordre de la nature, et qu'il s'y sur-ajoute des accidens qui sont dus à la violence de la cause qui provoque l'expulsion du fœtus abortif. Mais si on a égard à l'intensité seule des douleurs, on observe constamment qu'elles sont bien moins fortes vers la fin du travail ; ce qui est d'accord avec le volume du fœtus, qui, étant moindre, exige proportionnément une moindre dilatation de l'orifice, et distend beaucoup moins les parties génitales.

Les femmes redoutent beaucoup l'avortement, et plusieurs croient qu'il met toujours leur vie en danger. Cependant leur appréhension est exagérée, et il importe de les désabuser. Ses suites sont plus ou moins dangereuses pour elles, suivant la nature de la cause qui le produit, et la force avec laquelle elle agit, soit qu'elle soit extérieure ou qu'elle vienne de médicamens internes très-actifs. Aétius pense que les convulsions surviennent souvent lorsque l'avortement a été provoqué par des médicamens très-actifs. Elles peuvent se manifester pendant la durée du travail, indépendamment de cette cause. Pour évaluer le danger, il faut toujours avoir égard au dérangement des fonctions. C'est à la cause qui produit l'avortement qu'il faut attribuer le danger qui l'accompagne, et non à l'avortement lui-même. Si cette cause n'amène pas des désordres particuliers, ses suites ne diffèrent de celles de l'accouchement que par leur degré d'intensité.

Si l'avortement arrive naturellement, il est plus facile et moins dangereux dans ses suites que l'accouchement. L'hémorrhagie est moins grave, la fièvre de lait moins violente, les lochies moins abondantes, l'expulsion du fœtus plus facile. Au contraire, si l'avortement est dû à des chocs, des contusions, il peut être accompagné d'accidens graves, parce que ces causes et autres analogues peuvent occasionner une inflammation de la matrice ou du péritoine : il en seroit de même s'il avoit été sollicité par des médicamens internes incendiaires.

L'avortement que les femmes se procurent volontairement et par quelque cause violente, soit externe, soit interne, les met en plus grand danger que celui qui leur arrive sans être excité. La raison en est évidente. Dans le premier cas, le col de la matrice est obligé de céder tout-à-coup, tandis que, dans le second, la nature emploie beaucoup de temps pour opérer la dilatation.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'époque de la grossesse où l'avortement fait courir plus de danger à la femme. Il en est qui pensent, avec le professeur Alphonse-Leroy, que l'avortement qui arrive dans les trois premiers mois est plus fâcheux.

Il est constant que la délivrance est plus difficile à opérer lorsque l'embryon ne sort pas renfermé dans les membranes. La femme reste sujette à des pertes que l'on ne peut arrêter par aucun moyen, jusqu'à ce que les secondines aient été expulsées. Mais je prouverai, en traitant de l'hémorrhagie utérine, que les pertes qui ont lieu alors, quoique plus fréquentes et plus rebelles, ne sont pas cependant aussi souvent funestes à la femme. Plus la grossesse est avancée, plus le travail est laborieux, plus les suites en sont graves.

Les dangers auxquels l'avortement expose la femme devroient suffire pour la détourner d'y recourir, lors même que par cet acte elle ne se rendroit pas coupable d'une transgression des lois naturelles et sociales. Les substances propres à exciter l'avortement sont toutes de nature à produire l'inflammation de la matrice ou du péritoine, ou une hémorrhagie utérine. Si la femme ne succombe pas aux accidens primitifs qui sont la suite des efforts violens qui ont été nécessaires pour entr'ouvrir le col, qui conservoit encore toute sa longueur et sa consistance, elle reste sujette le reste de sa vie aux ulcères, aux squirrhes et aux cancers qui en sont les suites nécessaires. L'humanité doit détourner de jamais concourir à l'exécution d'un acte si criminel, et dont les suites sont si fâcheuses pour la femme.

On assure qu'on emploie aujourd'hui un stylet ou une espèce de trois-quarts ou pharyngotome pour faire écouler les eaux dont l'issue sollicite les contractions de la matrice. Je ne rappelle ce procédé homicide que pour le proscrire. L'introduction d'un stylet me paroît impossible dans une première grossesse, où le col de la matrice n'est pas entr'ouvert, sans en léser les parois; ce qui expose la femme à des hémorrhagies graves.

Je m'abstiens d'énumérer les divers moyens que des hommes pervers ont employés, au mépris des lois de la nature et de la société, pour procurer l'avortement. L'homme honnête doit ignorer quels sont les instrumens dont on use pour produire ces œuvres d'iniquité.

Lorsqu'une femme est suspectée d'avoir sollicité l'avortement, les juges cherchent presque toujours à s'éclairer des lumières

de la médecine pour s'assurer, 1° s'il a véritablement eu lieu; 2° son existence prouvée, il faut ensuite décider s'il est survenu spontanément, ou par des accidens à la production desquels elle n'a pas concouru avec une intention criminelle, ou s'il a été l'effet de moyens violens ou de manœuvres criminelles.

Les signes qui se tirent de l'inspection des parties génitales de la mère sont communs à l'avortement et à l'accouchement. Je renvoie, pour éviter des répétitions, à l'article où j'ai discuté s'il existe des signes d'un accouchement récent. Tout ce que j'ai dit de l'un est applicable à l'autre. J'observerai seulement que, quoiqu'on ait eu l'attention de faire ces perquisitions peu après l'avortement, les signes que fournit l'examen de la mère ne sont pas aussi sensibles ni aussi décisifs, quoiqu'ils se trouvent réunis en certain nombre, parce que le volume du fœtus étant moindre, la distension des parties a été moins considérable. Plus l'avortement dont est accusée la femme se rapproche du terme naturel de l'accouchement, plus les signes sont sensibles et plus leur durée est longue. Mais si l'avortement a eu lieu dans les premiers mois de la grossesse, le volume du fœtus est si petit, que son expulsion ne peut laisser de traces sensibles dans les parties qu'il a traversées, lors même que l'on tenteroit de reconnoître les changemens peu de temps après un avortement de cette espèce.

Quand on auroit cru reconnoître, d'après la réunion des signes qu'a présentés l'inspection de la mère, que l'avortement a eu lieu depuis peu, il seroit impossible, pour l'ordinaire, de prononcer s'il a été spontané ou produit par des moyens violens et des manœuvres criminelles. Les signes de l'un et de l'autre sont presque toujours les mêmes. Le seul cas où l'on pourroit prononcer que l'avortement a été provoqué, seroit celui où le fœtus porteroit sur lui des marques de la violence qui auroit causé son expulsion.

Comme le dit M. Mahon, « les juges ne peuvent donc asseoir » un jugement que sur des preuves pour ainsi dire extrinsèques » et étrangères au délit; s'il est constaté, par exemple, que » l'accusée a caché avec soin sa grossesse; qu'elle a cherché à

» acquérir la connoissance des moyens qui peuvent procurer » l'avortement ; qu'elle a tout disposé chez elle comme devant » être malade ; qu'elle a entrepris des travaux immodérés et » contre son habitude, des exercices violens de toute espèce ; » qu'elle s'est fait faire clandestinement des saignées répétées, » tantôt par un chirurgien, tantôt par un autre, et surtout des » saignées du pied ; qu'elle a demandé à des médecins, à des » chirurgiens, à des apothicaires, à des charlatans, à des com- » mères, quelqu'unes de ces substances emménagogues qui » passent pour abortives ; qu'elle en a acheté, qu'elle les a » préparées, qu'elle en a fait usage, que, sans le conseil ou » contre le conseil des médecins, elle s'est purgée avec des » drastiques, quoiqu'aucune maladie ne dût l'y engager ; » qu'elle a été trouvée munie de ces sortes de drogues, qu'elle » a feint une maladie subite et de faux accidens, en dissimulant » les véritables..........

» On doit être porté, dans tous les autres cas, à présumer » qu'il y avoit des causes naturelles d'avortement ; que la dis- » position individuelle, la saison de l'année, l'époque de la » grossesse, des maladies antécédentes, des remèdes administrés » pour quelque maladie, l'auront favorisé. »

Je ne m'arrêterai pas à prouver que c'est se rendre coupable d'homicide que de chercher à procurer l'avortement par des remèdes de quelqu'espèce qu'ils soient. C'est une vérité sanctionnée du temps même du paganisme. En Grèce, où il étoit permis aux courtisannes de se faire avorter, on a toujours regardé comme criminelles les femmes qui se procuroient des avortemens par un motif quelconque. Ovide, dont la morale n'est pas sévère, dit, dans un livre consacré à l'amour, que la première qui a appris l'art des avortemens méritoit de périr par sa méchanceté :

Quæ prima instituit teneros avellere fœtus
Malitiâ fuerat digna perire suâ.

Peu après il ajoute :

Hoc neque in Armeniis tigres fecere latebris
Perdere nec fœtus ausa læna suos.

At tenere faciunt, sed non impunè, puellæ;
Sæpè suos, utero quæ necat, ipsa perit.

AMORUM, Eleg. XIV, lib. II.

Les avorteurs méritent certainement d'être poursuivis par les lois, comme ayant attenté à la vie de deux individus. Je n'entends pas parler ici de cette espèce d'avortement sollicité seulement au terme de sept mois révolus, époque où l'enfant est reconnu viable par les lois et les gens de l'art. Ce seroit méconnoître l'esprit des lois portées contre les avorteurs, que de les appliquer à ceux qui chercheroient à procurer l'accouchement à un terme de grossesse où l'on pourroit conserver l'un et l'autre individu, tandis qu'en différant l'un des deux seroit nécessairement victime. Ne cesse-t-il pas d'être criminel, puisqu'alors l'avortement, au lieu d'être destructeur, peut devenir un moyen de conservation?

Il ne pourroit en résulter aucun inconvénient pour les bonnes mœurs qui pourroit porter le législateur à le proscrire; car, dans le cas de grossesse produit d'un commerce illicite que l'on se proposeroit de détruire, on ne pourroit pas différer l'emploi des moyens après le septième mois. La grossesse ne peut pas se cacher aussi long-temps.

Ce n'est cependant pas que je veuille approuver l'avortement sollicité même à cette époque; je prouverai au contraire que l'accouchement prématuré est toujours dangereux pour la mère et l'enfant, lorsque, pour le provoquer, on irrite la matrice, on dilate le col avec violence, on rompt prématurément les membranes, qui sont les moyens employés jusqu'ici pour y parvenir. Dans l'accouchement prématuré obtenu de cette manière, l'enfant, qui est encore frêle quoique viable, doit nécessairement succomber avant de naître, ou peu après la naissance, puisqu'au lieu d'être protégé par la présence salutaire des eaux, il supporte seul, et pendant long-temps, l'effort des contractions utérines.

Je veux seulement indiquer que le législateur, en attachant un châtiment à cette espèce d'avortement volontaire, s'exposeroit

peut-être à établir des lois qui tendroient à la dépopulation et à la destruction, qu'il doit au contraire chercher à prévenir : ce qui seroit surtout vrai si, comme le croit Plessmann dans sa Médecine puerpérale, l'accouchement pouvoit être provoqué par les bains au terme de sept mois, époque où l'enfant, quoique né avant terme, mais sans cause violente, est assurément très-viable sans qu'il en soit victime, et éviter ainsi à certaines femmes contrefaites l'opération césarienne ou la section du pubis, le fœtus étant rarement à cette époque trop volumineux pour ne pas franchir le bassin sans danger.

Il est une autre manière de considérer l'avortement volontaire bien plus délicate et plus difficile à résoudre. L'observation démontre qu'il est des femmes dont le bassin est si mal configuré, si on veut parler le langage subtil du docteur Sacombe, qui admet des vices de configuration du bassin, et nie l'existence des vices de conformation, qu'il est impossible qu'elles puissent accoucher au terme naturel. Peut-on dans ce cas fâcheux et extrême, pour conserver la vie à la mère, exciter l'avortement avant une époque de grossesse où le fœtus est viable ?

Juncker a pensé que, pour épargner à la mère une opération presque toujours mortelle, on pourroit la faire avorter dans les premiers temps, où l'embryon n'est encore qu'informe et inanimé. Je réponds avec Tertullien que, tout informe qu'on suppose le fœtus, il vit puisqu'il croît. Qu'importe, d'ailleurs, que, dans les premiers momens de la conception, l'ame se trouve unie à l'embryon ou non ? l'empêcher de naître, c'est le faire périr. *Etiam conceptum tantum utero, dum adhuc sanguis in hominem delibatur, dissolvere non licet. Homicidii festinatio est, prohibere nasci, nec refert natam, quis eripiat animam, aut nascentem disturbet. Homo est qui futurus est.* Outre que toutes les vraisemblances semblent indiquer que l'embryon est animé lors de la conception, je crois que le fœtus doit autant être respecté lorsqu'il n'est encore qu'informe, que lorsqu'il est tout-à-fait formé.

Bichat pensoit aussi que l'on pouvoit sacrifier l'enfant pour sauver la femme, d'après un raisonnement à-peu-près semblable.

La réputation si bien méritée dont jouit cet auteur pouvant entraîner plusieurs de ses lecteurs, je crois qu'il est important de prouver que son raisonnement est plus spécieux que solide. Lorsqu'on est dans la cruelle nécessité de sacrifier l'enfant ou d'exposer la mère à une mort presque certaine, voici comment il cherche à légitimer sa destruction : « Dans le fœtus, dit-il, la » vie animale est nulle ; s'il exerce des mouvemens, ils appar-» tiennent à la vie organique ; son existence ne ressemble qu'à » celle du végétal, et ne présente encore rien de celle qui carac-» térise l'animal » : d'où il conclut que l'on peut le détruire sans crime, parce que sa destruction ne porte que sur un être vivant et non sur un être animé. Ce raisonnement, qui est un pur sophisme, est susceptible d'être réfuté par le même genre de preuves que l'opinion de Juncker. Dans le système de Bichat, par être animé, on ne doit entendre que celui qui a des rapports avec les objets extérieurs. Or, nous immolons tous les jours sans répugnance des êtres animés dans le sens qu'il donne à ce mot. Ce n'est donc pas uniquement parce que l'enfant a des relations avec les objets extérieurs que sa destruction est un crime.

Il me semble que tout ce que l'on peut dire de plus raisonnable sur une question aussi épineuse, qui a un rapport si direct aux bonnes mœurs, et sur laquelle Zacchias, médecin-légiste, Mercurialis, Sennert, qui l'ont agitée, n'ont répandu aucune lumière, se réduit à savoir si l'on peut conserver la mère aux dépens d'un fœtus qui n'est pour ainsi dire qu'une partie d'elle-même, et qui, pour venir au monde, exige que l'on pratique sur elle une opération qui lui est presque toujours funeste. Je crois que, pour la résoudre, il faut d'abord établir ce que plusieurs regardent comme évident, que la mère et l'enfant sont exposés à un danger certain si on n'a pas recours à l'infanticide du fœtus dans le sein de sa mère. Je raisonne ici dans l'hypothèse gratuite admise par quelques auteurs, qu'il n'y auroit aucun moyen de sauver en même temps la mère et l'enfant. Dès que l'un des deux individus est destiné à périr, il s'agit d'examiner ensuite si, dans l'impossibilité où l'on est de

les conserver tous les deux, il n'est pas permis d'en sacrifier un pour assurer les jours de l'autre. Enfin, dans les cas où l'on regarderoit cet acte comme licite, parce que c'est alors éviter de deux maux le pire, il s'agit de décider celui des deux qui a le plus de droit à la vie, du fœtus ou de sa mère, de qui il a reçu l'existence. Il me semble que le droit que la mère a à la vie est mieux fondé et bien plus probable que celui d'un fœtus foible et cacochyme, comme c'est l'ordinaire chez ces sortes de femmes. La vie de la mère, qui a franchi l'âge le plus critique, est bien plus probable que celle de l'enfant, qui, après être venu au monde, a tant de dangers à courir. La société, à qui elle a rendu des services et à qui elle peut en rendre encore, semble la réclamer de préférence.

Les femmes mal constituées sont sujettes à accoucher avant terme, ce qui diminue singulièrement les probabilités de la vie future de leurs enfans.

Il est des auteurs qui pensent que le fœtus est obligé de racheter par sa mort celle de sa mère, à laquelle il fait courir ce danger. Ils comparent dans cette circonstance la mère et l'enfant à un agresseur injuste qui tente de donner la mort à un autre individu. Si ce dernier ne peut pas éviter le danger en prenant la fuite, les moralistes les plus rigoureux conviennent qu'il lui est permis de l'attaquer avec des instrumens meurtriers. Pourquoi de même, dans un cas de nécessité où la mère ne peut éloigner un fœtus qui menace sa vie, ne pourroit-elle pas, pour la conserver, l'attaquer la première par le fer, puisqu'il n'est point d'autre moyen d'éviter les embûches qu'il lui tend? Si l'on avoit la certitude que la femme ne voudra pas se soumettre à l'opération césarienne, on conviendroit encore plus facilement que cet infanticide commis dans le sein de la mère est licite, qu'il devient officieux et peut-être nécessaire: il est évident qu'il en résulteroit un bienfait pour la mère, tandis que lorsqu'on s'abstient de tuer l'enfant qui ne peut être conservé, par ce retard deux personnes sont sacrifiées: pour épargner l'enfant, qui n'a plus de droit à la vie, on commet deux homicides. Je crois devoir rappeler qu'en exposant

l'opinion de ces auteurs, je raisonne ici dans l'hypothèse gratuite qu'il n'y auroit aucun moyen de sauver en même temps la mère et l'enfant.

L'enfant ne peut pas être comparé à un agresseur injuste. C'est la mère elle-même qui a posé volontairement l'obstacle qui menace sa vie ; l'enfant est purement passif ; elle doit s'imputer à elle-même le danger qu'elle court. Sa situation me paroît être analogue à celle d'un individu qui, pour éviter un péril imminent qui le menace, et ne pouvant s'échapper que par un seul endroit défendu par une sentinelle qui doit, sous peine de mort, en defendre le passage à qui que ce soit, se permettroit de la tuer pour s'évader : cet acte seroit criminel.

L'enfant doit nécessairement périr si la mère ne subit pas une opération extrême. Cependant, qui oseroit assurer qu'elle est tenue de la subir pour lui donner le jour, et la regarder comme criminelle si elle s'y refusoit ? Mais si on n'ose pas la condamner à subir cette opération, on convient donc qu'elle peut, sans être coupable, laisser périr son enfant, quoiqu'il y eût un moyen de le sauver. Ce qu'elle peut au moment même de l'accouchement sans mettre sa vie en sûreté, pourquoi ne le pourroit-elle pas à une époque de la grossesse moins avancée, où elle se conserveroit elle-même à la société ?

Mais il est évident que, pour se permettre l'avortement, il faut qu'on puisse en venir à bout sans compromettre la vie ou la santé de la mère, puisqu'on n'y a recours que pour sauver l'un des deux individus, dans l'impossibilité où l'on est de les conserver tous deux. Outre que les moyens que l'on emploie manquent souvent leur effet, le danger que court la mère, surtout lorsque la grossesse est avancée, me fait rejeter cette méthode lors même qu'il seroit permis, dans un cas extrême, de sacrifier l'enfant pour sauver la mère. Des moyens moins actifs suffisent pour procurer l'avortement dans les premiers mois, et il seroit moins dangereux de le solliciter à cette époque. L'avortement provoqué par l'art n'étant pas sans danger, même

dans les premiers mois de la grossesse, plutôt que de le tenter à cette époque (si l'on pensoit qu'il n'existe aucun moyen de sauver en même temps la mère et l'enfant), ne seroit-il pas plus avantageux pour la mère, plus conforme aux principes religieux, d'attendre le moment de l'accouchement, et de pratiquer alors, après avoir assuré la vie spirituelle de l'enfant, une ponction au crâne pour évacuer le cerveau, puisque l'on tue également l'enfant? D'ailleurs, en différant, il peut arriver que les femmes avortent naturellement, ce qui les expose à beaucoup moins de danger; or, l'expulsion du fœtus avant terme a assez souvent lieu chez les femmes mal constituées.

Il ne suffit pas d'avoir exposé les causes qui peuvent donner lieu à l'avortement, d'avoir fait connoître les accidens qui en sont la suite, il faut encore parler des moyens de le prévenir. En effet, on le préviendroit souvent, même lorsque le travail est déclaré, si l'on pouvoit reconnoître la cause qui le provoque. Il faut diriger les remèdes vers la nature de la cause, et les diversifier comme elle. Moins le travail est avancé, plus on doit espérer des moyens qui seront employés.

Avoir exposé la conduite que doit tenir le médecin lorsqu'il survient des accidens propres à l'état de grossesse, ou des maladies aiguës pendant sa durée, avoir indiqué la manière la plus sûre de les prévenir, c'est avoir enseigné en même temps la manière de prévenir ou de remédier à l'avortement dans le plus grand nombre des cas où cet accident peut survenir. J'ai aussi déjà indiqué dans cet article comment doit se comporter le médecin lorsque les causes d'avortement se tirent de la constitution générale de la femme et de son tempérament. Celles qui tiennent aux lésions de l'utérus sont ou incurables, ou la manière d'y remédier a été enseignée ailleurs. Il est le plus souvent impossible de remédier aux causes d'avortement qui sont propres au fœtus et à ses dépendances. Si quelquefois elles présentent des indications rationnelles à remplir, elles sont exposées dans d'autres endroits de cet ouvrage, auxquels elles appartiennent plus spécialement.

Si des passions violentes, une grande agitation font craindre

l'avortement, il faut s'efforcer de calmer : si c'est une frayeur ou des affections tristes de l'âme, on doit tâcher de ramener la femme à des idées plus gaies, plus consolantes. Si elles ont donné lieu à des douleurs des reins et des lombes, il faut commencer par la saignée, employer ensuite les boissons acidulées, les émulsions, les calmans.

Les coups reçus à la région hypogastrique exigent les saignées. Dans tous les cas on prescrit le repos et la situation horizontale. La plupart des causes d'avortement exigent qu'on ait recours à la saignée, à moins qu'elle ne soit contre-indiquée par la constitution foible et délicate de la femme. On trouve cependant des praticiens qui craignent que la saignée ne favorise l'avortement plutôt que de le prévenir. Ils fondent cette crainte sur ce que l'on observe que la saignée est souvent un des moyens les plus sûrs d'accélérer l'accouchement en favorisant la dilatation du col. A cette objection, en apparence très-plausible, je réponds que la saignée facilite la sortie de l'enfant lorsque, pendant le travail, les parties externes, le col, sont dans un état d'éréthisme ou d'inflammation qu'elle fait cesser; tandis que dans l'autre cas, elle conserve la grossesse en détruisant la pléthore ou l'agitation qui menaçoit les jours de l'enfant.

J'ai dit que des pertes abondantes précédoient et accompagnoient presque toujours l'avortement, quelle que fût la cause qui l'eût produit. Les femmes s'en effraient ordinairement : on ne doit rien négliger, de quelque manière qu'il arrive, pour les rassurer sur leur état, et relever leur courage en leur observant que des femmes attaquées d'hémorrhagies utérines aussi abondantes n'ont pas laissé d'accoucher heureusement.

Si les causes qui produisent l'avortement ne peuvent être prévenues ni détruites; si les douleurs se font sentir avec force, et que l'orifice soit très-dilaté, il faut extraire le fœtus en se comportant suivant que l'exigent les circonstances. Tant qu'il n'y a point d'accidens, l'expulsion de l'enfant et du placenta doit être abandonnée à la nature, comme dans l'accouchement qui a lieu au terme ordinaire. Si les secours de l'art sont néces-

saires, on se comporte depuis la fin du cinquième mois comme on le feroit dans un accouchement à terme. Dans les trois premiers mois, la délivrance offre l'indication essentielle et la plus difficile à remplir. Nous verrons que le travail est plus facile si, sous prétexte de l'aider, on n'ouvre pas la poche des eaux.

Des Dépendances du Fœtus.

C'est ici le lieu le plus convenable pour traiter des dépendances du fœtus, parce que plusieurs des phénomènes qui y sont relatifs se rattachent naturellement à la grossesse, et servent, pour ainsi dire, à completter l'histoire de cette fonction sexuelle. D'ailleurs, sans la connoissance de ces dépendances du fœtus, il seroit impossible de pouvoir aider la femme dans l'accouchement naturel; car il est quelques-unes de ces parties qui se présentent les premières à l'orifice de la matrice.

Leur exposition terminée, j'examinerai ensuite la manière dont elles adhèrent à l'utérus. Ce mode de communication, une fois bien fixé, jettera le plus grand jour sur la nutrition du fœtus. Je ferai encore connoître les dimensions de la tête d'un enfant à terme, avant d'entreprendre l'exposition de la fonction naturelle connue sous le nom d'*accouchement*, parce que les principes fondamentaux de l'art d'accoucher sont fondés sur les rapports qui existent entre le bassin de la femme et la tête de l'enfant qui doit le franchir. C'est d'après cette connoissance comparative que l'on a tracé des règles pour aider la nature dans ce travail, et pour la mettre à même de l'opérer sans danger pour la mère et pour l'enfant.

I. *De l'Arrière-Faix ou des Secondines.*

Le fœtus, dès le premier moment de la conception, est enveloppé de membranes auxquelles on a donné le nom de *secondines* ou *arrière-faix*. Des observations faites dans les premiers jours de l'imprégnation sur des femelles de diverses

espèces d'animaux, apprennent que l'on distingue une espèce de vessie membraneuse remplie d'un fluide clair et transparent, avant que l'on puisse apercevoir aucuns linéamens de l'embryon. D'après les recherches de Haller et celles de Hunter, cette poche membraneuse est formée de diverses parties qui n'ont point entre elles le même arrangement aux diverses époques de la grossesse.

Le nom de *secondines* qui a été donné aux enveloppes du fœtus seroit très-impropre si on les considéroit sous le rapport de leur formation et de leur développement : car si l'on ne peut pas assurer qu'elles soient formées avant l'embryon, du moins est-il certain que ces membranes ont déjà acquis un développement très-grand à une époque où le fœtus est encore à peine ébauché, et n'est même pas encore visible. La dénomination de *secondines* donnée à ces substances vient de ce qu'elles sont ordinairement expulsées après le fœtus. Nous verrons cependant que cela n'arrive pas toujours.

Sous le nom d'*arrière-faix* on comprend le placenta, les membranes et le cordon ombilical. On est aussi dans l'usage de comprendre sous cette dénomination les eaux renfermées dans la cavité des membranes. Mais l'expression de *secondines* ne peut pas convenir à cette dépendance du fœtus, même sous le rapport de l'expulsion qui précède communément celle de l'enfant, ou du moins qui se fait simultanément, si la poche des eaux ne se rompt pas avant la sortie du fœtus.

Les membranes par lesquelles le fœtus adhère aux parois de l'utérus lui sont, pour ainsi dire, accessoires. Le placenta, au contraire, et le cordon ombilical sont une partie intégrante de l'appareil circulatoire du fœtus.

II. *Des Membranes.*

Les auteurs anciens et modernes ne sont pas d'accord sur le nombre des membranes qui forment la poche ovoïde dans laquelle est renfermé le fœtus. Il en est qui n'en admettent que deux, même depuis que Guillaume Hunter a publié ses obser-

vations sur la membrane caduque; tandis que d'autres en portent le nombre à trois et même à quatre. Ces derniers ne diffèrent que dans la manière d'examiner et de décrire la membrane caduque et la membrane réfléchie de la matrice, dont quelques physiologistes ne font qu'une seule et même membrane, tandis que d'autres la considèrent comme formée de deux membranes très-distinctes, parce qu'elle n'est pas exactement et par-tout la même. Ceux qui admettent que dans les premiers temps de la grossesse il existe quatre membranes, enseignent que dans les derniers temps on n'en trouve que trois.

Il règne encore beaucoup d'obscurité dans les descriptions qu'ont donnée de ces enveloppes ceux qui ont écrit le plus récemment sur l'art des accouchemens, ou sur cette partie de l'anatomie. Le peu d'accord des auteurs sur l'arrangement particulier des enveloppes de l'œuf humain et sur leur nombre, la manière obscure et confuse dont ils en ont traité, me paroissent devoir être attribués à ce que plusieurs d'entre eux, d'après l'examen d'un ou plusieurs œufs abortifs qu'ils ont rencontrés par hasard, ont donné une description qu'ils ont cru convenir à l'état naturel. Cependant les œufs abortifs sont rarement constitués naturellement. La variété des noms sous lesquels ces membranes ont été décrites, et surtout la caduque, contribue encore à augmenter la confusion et l'embarras.

La division des membranes de l'œuf, établie par Blumenbach, en celles qui sont propres au fœtus et en celles qui appartiennent en propre à la matrice, me paroît la plus convenable. Le chorion et l'amnios, les seules membranes que décrivent quelques auteurs, proviennent et dépendent de l'œuf. La membrane caduque et la membrane réfléchie, si cependant on préfère en faire deux membranes, quoiqu'elles soient exactement unies ensemble au moyen de leurs fibres qui communiquent de l'une à l'autre, appartiennent en propre à la matrice. La membrane caduque préexistant dans ce viscère à la descente du germe, ne peut pas appartenir à ce dernier.

1°. *Des Membranes propres à la matrice.*

On doit considérer comme appartenant plutôt à la matrice qu'au fœtus la caduque utérine et la caduque réfléchie.

De la Membrane caduque décrite par Hunter.

Beaucoup d'accoucheurs n'ont encore qu'une idée confuse de la membrane caduque ; ce qui dépend en partie de ce qu'elle offre un aspect, un arrangement différens dans les divers mois de la grossesse. Plusieurs même ont contesté son existence, parce que le plus souvent, après l'expulsion de l'œuf, elle reste encore quelque temps dans l'utérus, et est chassée par la suite avec les lochies, recouverte de grumeaux de sang qui empêchent de la reconnoître. Mais elle est très-visible surtout dans les premiers mois, lorsqu'on examine l'œuf encore adhérent à la matrice.

Dans les premiers temps, la membrane caduque consiste dans une couche molle, floconneuse, qui se forme dès les premiers jours de l'imprégnation, et qui, suivant Hunter, préexiste dans la matrice à la descente du germe; ce qui prouve que cette membrane n'appartient pas au germe fécondé : elle tapisse toute la surface interne de la matrice. On prétend avoir remarqué qu'elle est percée dans trois endroits, savoir à l'embouchure des trompes utérines, et vers le lieu de son adhérence à l'orifice interne, qui paroît y être plus forte que dans tout autre endroit. Je crois que l'on a pris pour des ouvertures complètes les trous que l'on voit à l'œil nu sur la membrane caduque, mais qui ne vont pas directement d'une surface à l'autre, et qui ne font que glisser obliquement dans la substance de la membrane. M. Lobstein, auquel on doit un travail précieux sur la nutrition du fœtus, que l'on trouve dans la collection des thèses de Strasbourg (12 messidor an 10), et qui a souvent eu occasion d'examiner la membrane caduque, n'a pas vu les ouvertures dont parle Hunter, que l'on prétend correspondre aux trois orifices de la matrice.

On a eu différentes opinions sur la formation de la membrane caduque. La première origine que Hunter lui a assignée consistoit à la regarder comme une exfoliation de la tunique interne de l'utérus qui tomboit à chaque grossesse : c'est d'après cette circonstance qu'il l'avoit appelée *decidua*. Quand on connoît la force de l'adhérence de la membrane muqueuse à la substance de l'utérus, on ne conçoit guère qu'il soit possible qu'elle puisse s'en séparer, et changer ainsi de nature pour être rejetée au-dehors, sans qu'il s'ensuive, comme le remarque très-bien M. J. Frédéric Lobstein, aucune altération dans les fonctions de l'organe, ou dans tout l'individu en général.

Dans cette opinion, la membrane interne de l'utérus ou plutôt son épiderme, à raison de l'afflux des humeurs qui est la suite d'un coït fécondant, se gonfle et augmente d'épaisseur jusqu'à la fin du troisième mois. Depuis cette époque, elle va en s'atténuant à mesure que la grossesse avance, et se sépare de l'utérus vers la fin de la gestation, à la manière de l'épiderme. On sait aujourd'hui ce que l'on doit penser de ces prétendues exfoliations. On s'est trompé sur leur nature, et on a pris, comme le remarque Morgagny dans le troisième livre, de fausses membranes pour les membranes internes des organes qui auroient été rejetées.

Hunter ne tarda pas à changer d'opinion sur la nature de la caduque. La plupart des anatomistes ont embrassé le sentiment qu'il a proposé en dernier lieu sur la formation de cette membrane : il pense qu'elle trouve sa source dans la concrétion de l'humeur qui se sécrète plus abondamment à la surface de la membrane muqueuse de l'utérus, parce qu'immédiatement après la conception, ses propriétés vitales sont augmentées. Les humeurs qui s'y rendent en plus grande quantité, en se concrétant par l'augmentation de chaleur que développe la conception dans l'intérieur de cet organe, forment une couche d'abord assez épaisse, pulpeuse, qui ne présente aucune structure fibreuse régulière. Elle est, comme l'observe M. Lobstein, le résultat d'une irritation spécifique déterminée par le coït fécond. La formation de cette membrane est assujettie à des lois

régulières, et elle offre beaucoup d'analogie avec celle des fausses membranes qu'on rencontre à la plèvre. Il s'y développe par la suite un appareil vasculeux qui rend cette concrétion organisée. M. Dupuytren a très-bien prouvé qu'il est des fausses membranes qui, comme la caduque, finissent par avoir des vaisseaux sanguins. M. Lobstein assure avoir injecté plusieurs fois les vaisseaux des fausses membranes; ce qui vient à l'appui des vues qui ont été présentées, il y a quelques années, par M. Dupuytren, sur le même sujet.

M. Millot pense que l'on ne peut pas admettre avec Hunter qu'à la suite d'un coït fécondant, l'utérus se trouve dans un état de phlogose, à la suite duquel il transsude des extrémités artérielles une lymphe qui, en s'épaississant, se forme en membrane; ce qui constitue la deuxième origine que Hunter a assignée à la caduque. Cette inflammation de la tunique interne de l'utérus s'opposeroit à la conception, ou du moins rendroit cet organe peu propre à accomplir l'œuvre qui lui est confié dans ce moment. L'objection de M. Millot seroit sans réplique si l'irritation étoit portée au point de produire une phlogose: elle empêcheroit les sucs nourriciers d'arriver dans le premier moment à cette membrane qui fournit les premiers sucs à l'embryon. Mais le gonflement, l'afflux des liqueurs peuvent avoir lieu sans qu'il y ait de phlogose proprement dite. Une chaleur douce suffit pour la formation de la caduque.

M. Millot regardant un état inflammatoire admis par Hunter pour expliquer la concrétion de la lymphe exsudée comme contraire aux vues de la nature, tire l'origine de cette membrane du mucilage, de l'humeur muqueuse fournie par l'un et l'autre des conjoints pendant la copulation, et qui n'a besoin que d'une chaleur douce pour se former en membrane pulpeuse.

La couche que forme la membrane caduque est d'autant plus épaisse que le fœtus est plus près de l'instant de la conception. Cette membrane adhère aux parois de l'utérus. Cette union est très-lâche dans les commencemens de la grossesse; elle s'en sépare avec facilité, ce qui fait qu'on la trouve sou-

vent à l'extérieur de l'œuf dans les avortemens qui n'ont pas été précédés de l'évacuation des eaux. C'est entre cette caduque utérine et le chorion que se trouvent interposés les filamens qui sont les rudimens du placenta, et qui, disséminés à la surface du chorion, doivent se réunir pour former cette masse. Les vaisseaux utérins, pour se rendre au chorion, traversent cette substance pulpeuse que Hunter a décrite sous le nom de *caduque*, en sorte qu'elle fait les fonctions du tissu cellulaire à l'égard des autres membranes. M. Lobstein considère la membrane caduque non-seulement comme une espèce de tissu cellulaire que traversent les vaisseaux qui se rendent de la matrice aux membranes séreuses de l'œuf, il pense en outre que c'est dans cette substance épaisse et molle que sont implantés les flocons qui forment l'ébauche du placenta, et que sans sa présence les vaisseaux de cette masse spongieuse ne pourroient pas se développer. Cette opinion n'est pas admissible : les vaisseaux du placenta ne viennent pas de la caduque ; ceux de sa face utérine sont fournis immédiatement par la matrice, et ceux de sa face fœtale par le fœtus lui-même.

Les secondines ne sont pas, dans les premiers instans de la grossesse, recouvertes dans une partie de leur étendue de cette masse spongieuse connue sous le nom de *placenta*, que l'on y remarque vers la fin. Au terme de six semaines, toute la surface du chorion est encore garnie uniformément d'un duvet épais. Quoique ce *tomentum* existe dès les premiers momens de la conception, on ne l'aperçoit cependant pas toujours dans les œufs abortifs, parce que, lors de leur expulsion, la caduque peut se détacher de l'utérus et se trouver appliquée sur le chorion. Lorsque les femmes ont rendu des vessies membraneuses sur lesquelles on ne remarquoit ni couche pulpeuse ni *tomentum*, c'est que dans ces premiers temps la caduque et le chorion sont restés dans la matrice, et que l'embryon est sorti uniquement enveloppé par l'amnios, dont la surface est lisse et polie. Le plus souvent les femmes chez lesquelles ces membranes sont retenues ne s'aperçoivent pas lorsqu'elles sont expulsées ; ou si elles sont averties de la sortie de ce corps

étranger, elles le prennent assez ordinairement pour un caillot de sang, car ces membranes sont toujours colorées par ce fluide.

La membrane caduque ne se trouve pas dans la partie de l'utérus à laquelle adhère le placenta. On y trouve seulement une substance celluleuse qui, en se continuant sur cette masse et sur la face externe de la caduque, les unit immédiatement à la matrice.

La membrane caduque conserve assez d'épaisseur jusqu'à la fin du troisième mois de la grossesse; mais depuis cette époque, elle diminue insensiblement de volume; en sorte que sur la fin de la gestation elle paroît seulement sous la forme d'une lame très-mince, dont l'existence peut à peine être démontrée à cause de sa ténuité. Lors même qu'elle recouvre le chorion dans l'accouchement opéré au terme naturel, on a de la peine à la découvrir si on se borne à un examen superficiel; ce qui a fait dire à plusieurs physiologistes qu'elle disparoissoit par la suite, ou s'identifioit avec le chorion. Quoique cette membrane soit mince à cette époque, elle est encore plus épaisse que le chorion. En s'amincissant, cette couche reste toujours molle, pulpeuse; sa couleur est grisâtre, et elle ressemble assez à la couenne qui, dans certaines circonstances, recouvre le sang que l'on tire par la saignée. Si cette membrane se détache de la matrice lors de l'accouchement, et se trouve appliquée sur le chorion, on peut aisément l'en séparer par lambeaux, de manière à se convaincre qu'elle en est très-distincte.

La caduque étant très-amincie vers la fin de la grossesse, se déchirant facilement, il arrive quelquefois que des portions restent adhérentes aux parois de l'utérus; ce qui fait que les enveloppes sont plus transparentes dans certains endroits que dans d'autres. Les portions restées se détachent facilement, et sont expulsées pendant l'écoulement des lochies sans que la femme s'en aperçoive.

De la Caduque réfléchie.

La structure singulière de la caduque utérine, et surtout sa continuation en caduque réfléchie, rendent sa description très-difficile à saisir pour celui qui n'a jamais disséqué ces parties. Il n'est pas surprenant que ceux auxquels on cherche à expliquer comment cette membrane caduque se réfléchit pour se prolonger ensuite sur la totalité de l'œuf, auquel elle fournit une enveloppe, ne s'en forment qu'une idée très-obscure, et quelquefois même très-eloignée de la réalité. Lorsque j'aurai fait connoître l'opinion généralement admise sur la formation de la caduque réfléchie, j'exposerai l'idée que je m'en suis formée, et qui me paroît prouvée par l'analogie et même par l'autopsie.

Suivant Hunter, après la formation du placenta, c'est-à-dire, vers le second mois environ, se forme une quatrième membrane de l'œuf. D'après la manière dont on conçoit la formation de cette production membraneuse, on la nomme *caduque réfléchie.* Après la formation complète du placenta, la caduque de la matrice se porte en se réfléchissant de la circonférence du placenta sur le chorion. Soit qu'on les considère comme deux lames de la même membrane, ainsi que le pense Hunter, et avec lui le plus grand nombre des anatomistes, soit qu'on les regarde comme deux membranes distinctes, réunies seulement vers la circonférence du placenta, elles forment, ainsi réunies, une poche séreuse dont une partie seroit appliquée sur l'œuf, et l'autre sur la surface utérine. Si on considère là caduque réfléchie comme une lame, une production de la caduque utérine, ce qui me paroît extrêmement probable, on peut se former une idée de la manière dont la caduque produit la membrane réfléchie, en se représentant comment le péricarde se continue sur la surface du cœur : elle se jette sur l'œuf et le tapisse, dit M. Lobstein, de la même manière que le péritoine recouvre le foie après avoir abandonné le diaphragme. Aussi, dans les œufs naturels rendus surtout dans les trois premiers mois, voit-on

que si l'œuf est expulsé en entier, il est libre et flotte, pour ainsi dire, dans la membrane caduque, comme le cœur dans le péricarde.

Si l'idée que je me suis formée sur la réflexion de la caduque utérine est fondée, cette membrane existeroit dès le premier moment où l'œuf parvient dans l'utérus. Pour tâcher de me rendre plus intelligible, je vais établir une comparaison qui me paroît très-propre à donner une idée du phénomène qui se passe alors. Il me semble que l'on peut en quelque sorte assimiler la réflexion de la membrane caduque vers la périphérie du placenta à un rejeton qui croît après un arbre : comme le rameau, à mesure qu'il s'élève au-dessus de la surface de l'arbre, pousse au-devant de lui l'écorce qu'il a séparée de la tige, et l'atténue, pour ainsi dire, en l'étendant ; de même l'œuf, en parvenant de la trompe dans l'utérus, ne perce pas la caduque pour pénétrer dans sa cavité, mais il la pousse au-devant de lui en la décollant peu à peu. Il se glisse entre la caduque et l'utérus à mesure qu'il augmente de volume ; il entraîne avec lui sa tunique caduque, et en change un peu la forme en la forçant à l'envelopper ; ce qui me porte à croire que la poche séreuse existe avant la formation du placenta, mais qu'on ne l'a pas distinguée, parce que l'écartement est très-petit, à cause de l'épaisseur de la caduque utérine dans les premiers temps.

La caduque réfléchie ne passe pas sur la portion du chorion qui recouvre la face fœtale du placenta ; arrivée sur les bords de cette masse, elle se réfléchit sur le chorion. Le placenta, la portion du chorion qui tapisse sa face antérieure, sont hors de l'enveloppe que la caduque réfléchie fournit à l'œuf, comme le colon, le rein sont en partie hors du péritoine. D'après l'idée que je viens de présenter, la caduque réfléchie seroit une continuation de la caduque utérine : elle couvre l'œuf dans tous ses points, à l'exception de la partie qui correspond au placenta. Avant la formation de ce dernier, il est également une portion du chorion qui n'est pas enveloppée par la poche séreuse formée par les caduques utérine et réfléchie.

A l'endroit où la caduque se réfléchit et se continue vers la circonférence pour produire la membrane réfléchie, elle conserve encore les mêmes apparences; mais à mesure qu'elle se porte plus loin et qu'elle enveloppe la périphérie du placenta pour envelopper tout l'œuf, elle prend une apparence différente; elle devient plus dense, moins poreuse et moins pulpeuse; elle est moins épaisse dans les œufs rendus avant maturité; elle est un peu plus épaisse dans ceux venus à terme, pendant que la caduque utérine est bien plus mince.

Les anatomistes pensent communément que, par le développement du produit de la conception, la caduque utérine s'unit intimement, se confond avec la membrane que l'on nomme *caduque réfléchie*, de manière à n'en former plus qu'une seule vers le milieu de la grossesse. Cependant le docteur Krummacher dit avoir observé dans des œufs reçus à divers termes de grossesse, et par l'ouverture des cadavres de femmes mortes pendant la gestation ou peu de temps après l'accouchement, le placenta étant retenu dans la matrice, que la tunique caduque n'étoit adhérente avec la réfléchie que vers la circonférence du placenta; que dans le reste de leur étendue, ces membranes ne faisoient que se toucher, et n'adhéroient pas entre elles au moyen du tissu cellulaire comme les autres membranes.

Quoique je partage l'opinion du docteur Krummacher, je conviens que l'on trouve rarement des traces de cette poche séreuse dans l'accouchement à terme : les circonstances suivantes en rendent facilement raison. Si la membrane caduque adhère étroitement à l'utérus, elle se sépare quelquefois, ainsi que la membrane réfléchie, et l'œuf est expulsé, enveloppé seulement de l'amnios et du chorion. Ces deux membranes peuvent séjourner pendant un ou plusieurs jours; et lorsqu'elles sortent, elles offrent tellement les apparences d'un second œuf abortif, qu'on les prendroit facilement pour telles. Quand l'œuf est chassé avant sa maturité, mais surtout avant le milieu de la gestation, le plus souvent la membrane réfléchie se déchire dans l'endroit où elle se continue avec la caduque, et

est rendue en même temps que l'œuf, tandis que la caduque reste dans la matrice.

Entre le chorion et la caduque réfléchie, on trouve souvent une masse dense, blanche ou jaunâtre, comme gélatineuse, offrant quelquefois les apparences de la graisse, et que Haller a prise pour de la vraie graisse, mais qui ne paroît être qu'une lymphe coagulée, et rassemblée par fragmens plus ou moins grands.

Dans les œufs rendus avant le troisième mois, on trouve encore assez souvent sur le chorion un sang grumelé en plus ou moins grande quantité, qui écarte le chorion et la membrane réfléchie quelquefois de plus d'un pouce, et donne à l'œuf une forme singulière et très-différente de celle qui lui est naturelle; ce qui est cause que dans les figures que les observateurs nous ont données des œufs rendus avant maturité, on trouve si rarement des exemples d'œuf conformé naturellement.

2°. *Des Membranes propres au Fœtus.*

Elles sont au nombre de deux, le chorion et l'amnios. Je les regarde, avec les anatomistes, comme deux membranes distinctes. Leur organisation paroît différente. L'amnios est une membrane séreuse; sa surface est lisse, polie comme celle de toutes les autres membranes séreuses. Le chorion ne ressemble à aucune des membranes connues; et si on pouvoit le rapprocher de quelques-unes d'elles, ce seroit avec les membranes fibreuses qu'il paroîtroit avoir plus d'analogie. M. Lobstein considère cependant le chorion comme une membrane diaphane.

Du Chorion.

Le chorion est la plus extérieure de ces deux membranes, et renferme l'amnios. Par sa face externe il répond à la face interne de la caduque réfléchie, et avant sa formation à celle de la caduque utérine, si on admet l'opinion commune, sa-

voir que la caduque réfléchie ne se forme qu'après l'apparition du placenta.

La membrane chorion est celluleuse extérieurement. Vers la fin du second mois, le tomentum qui recouvroit uniformément toute sa surface externe, se ramasse de plus en plus, à mesure que la grossesse avance, dans un espace déterminé, et forme cette masse spongieuse dont je traiterai tout-à-l'heure : de sorte qu'après le premier mois, les villosités ne recouvrent plus que les deux tiers de l'œuf, la moitié après le troisième, et le quart au terme de l'accouchement. Le placenta est donc dans les derniers temps, proportionnellement au fœtus, moins volumineux qu'il ne l'est au commencement.

Le placenta étant formé par l'agglomération du tissu cellulaire et vasculeux qui revêt la face externe du chorion, il résulte évidemment de cette disposition qu'une partie de cette membrane passe au-devant de la face fœtale de cette masse, d'où s'élève le plexus vasculaire qui donne naissance au cordon ombilical. Hewson a fait voir que le chorion, à l'endroit de l'insertion du cordon ombilical, s'enfonce dans la substance du placenta, et accompagne les vaisseaux qui résultent de la division du cordon, auquel il sert de tunique externe jusqu'à leurs plus petites ramifications.

Les accoucheurs disent communément que le chorion est formé de différentes lames qui sont plus écartées dans le voisinage du placenta, où elles admettent un suc adipeux en plus ou moins grande quantité. Le chorion n'est formé que d'une seule lame lisse, transparente. Ce que quelques auteurs ont appelé *lame externe du chorion*, *épichorion ;* d'autres *chorion velouté*, *pulpeux ; chorion réticulaire*, *spongieux*, *filamenteux*, n'est autre chose que les membranes caduque et réfléchie qui, pendant la dernière moitié de la gestation, sont plus rapprochées du chorion, et qui, suivant quelques anatomistes, lui sont immédiatement unies. C'est entre la caduque réfléchie et le chorion que se fait quelquefois cet amas de sucs que Haller considéroit comme adipeux : en sorte que l'on peut dire que la membrane caduque, telle qu'elle se présente

dans les derniers mois de la grossesse, n'a point été inconnue aux anciens, qui ont admis à la surface externe de l'œuf une masse spongieuse par laquelle il est attaché à la matrice.

Le chorion est par-tout adhérent à la surface interne de la caduque réfléchie par du tissu cellulaire qui se voit à sa face externe, à l'exception de la partie de sa surface qui répond au placenta. Cette adhérence est assez forte vers la fin de la grossesse pour qu'elle se déchire vers la circonférence du placenta, où elle s'unit à la caduque utérine, plutôt que de se décoller.

Dans la manière ordinaire de voir, avant la formation du placenta, l'œuf est contenu dans la caduque. Si, à cette époque, il est expulsé avec ses enveloppes, les flocons qui recouvrent le chorion et qui tiennent lieu de placenta, ne deviennent visibles qu'après qu'on a enlevé la caduque qui les couvroit en manière de gaîne. M. Lobstein admet que lorsque le placenta est formé, la membrane caduque disparoît entre lui et la matrice. En partant des vues que j'ai présentées, dans le principe même, une portion de l'œuf est hors de la caduque et adhère immédiatement à la matrice.

De l'Amnios.

La membrane amnios est renfermée dans le chorion, et elle renferme immédiatement le fœtus et les eaux : elle est mince et transparente : elle est cependant un peu plus forte et un peu plus épaisse que le chorion. Par sa face externe elle est unie au chorion par du tissu cellulaire très-fin. Quand l'œuf est parvenu au terme naturel, ces deux membranes sont unies assez étroitement pour que plusieurs physiologistes aient regardé le chorion comme la lame externe de l'amnios. Leur union est moins serrée du côté du placenta. On a cru que ces deux membranes pouvoient s'écarter l'une de l'autre, et permettre à une certaine quantité d'eau de s'accumuler dans leur intérieur. C'est au fluide amassé dans cette poche formée accidentellement que l'on a donné le nom de *fausses eaux*. En traitant du liquide contenu dans la cavité de l'amnios, je prouverai

que si cet écartement est possible, il est fort rare, et que ce que l'on appelle communément *fausses eaux* a une autre source.

III. *De la Vésicule ombilicale, ou de l'Allantoïde des anciens.*

On prétend qu'il se forme, avant la fin du second mois, une vésicule remplie de fluide dans un écartement qui survient entre le chorion et l'amnios qu'elle soulève, et à travers lequel elle proémine. Les modernes ont donné le nom de *vésicule ombilicale* à cette vésicule hydatiforme, décrite d'abord sous le nom d'*allantoïde* par Diémerbroeck, Fabrice d'Aquapendente, Bartholin, Albinus, Bohémer. Suivant Louis de Neuville, dans une dissertation, *περι της αλλαντοιδεος*, Néedham, Hobokenus, de Graaf, et surtout Hales, sont les premiers qui ont prouvé l'existence de l'allantoïde humaine.

Les remarques de ces auteurs sur l'existence de l'allantoïde dans l'espèce humaine furent taxées de méprise par la plupart de ceux qui les suivirent, et entre autres par Noortwyck, Ruisch, Heister et Haller. Ce partage de sentimens a régné parmi les anatomistes jusqu'à ce que la description qu'ils avoient donnée de cette vésicule ait été confirmée par les observations analogues qu'ont publiées successivement Wrisberg, Hunter, Sandifort, Sœmmering, Blumenback, M. Lobstein, dans son *Traité sur la Nutrition du Fœtus*. Si l'on doit admettre qu'il existe dans le fœtus humain avant la fin du second mois une vésicule hydatiforme dont le siége le plus ordinaire est vers l'insertion du cordon au placenta, quelquefois cependant à une certaine distance de cette insertion, mais toujours sur la surface du placenta, il est certain que cette poche membraneuse diffère sous beaucoup de rapports de l'allantoïde telle qu'on la trouve dans les animaux. Il existe deux différences essentielles entre l'allantoïde des animaux et la vésicule du fœtus humain.

Dans les différens animaux chez lesquels on rencontre la membrane allantoïde, dont l'étendue varie suivant l'espèce,

l'ouraque forme un canal destiné à conduire les urines dans cette poche, qui leur sert de réservoir jusqu'au moment de la naissance. Chez le fœtus humain, au contraire, on ne rencontre jamais aucune cavité dans toute la longueur de l'ouraque, lors même que l'on examine cette partie à une époque de la gestation qui correspond à l'existence de la vésicule ombilicale; ce qui indique que leurs usages doivent être différens.

M. Lobstein prétend que l'on s'est trompé sur les usages de l'allantoïde dans les quadrupèdes, en lui attribuant pour usage de servir de réservoir à l'urine. Il résulte des observations faites par Haller, et répétées par M. Lobstein, que dans tous les animaux l'allantoïde est proportionnellement d'autant plus longue et d'autant plus considérable, que le fœtus est plus petit; cependant elle devroit s'accroître dans le même rapport que le fœtus si elle avoit pour fonction de recevoir l'urine, puisque ce liquide est sécrété plus abondamment à mesure que le fœtus grandit. Si cette vésicule, dont l'utilité paroît se borner aux premiers mois de la grossesse, disparoît plus tôt dans certains animaux que dans d'autres, cette différence doit être attribuée, dit M. Lobstein, « à ce que, dans les premiers, le cordon » ombilical croît très-rapidement, tandis qu'il n'en est pas de » même dans ceux chez lesquels la vésicule reste. »

M. Lobstein attribue pour usage à la vésicule ombilicale de servir à la nutrition du fœtus dans les deux premiers mois de la gestation, c'est-à-dire, pendant tout le temps qu'elle adhère à l'abdomen; en sorte que dans les commencemens il admet trois sortes de nutritions. L'embryon, dit-il, peut se nourrir, 1° par la vesicule ombilicale; 2° au moyen des eaux de l'amnios, 3° par les sucs que les radicules de la veine ombilicale absorbent.

Une autre différence non moins essentielle, est celle qui se tire de l'époque de leur formation. Dans les animaux, l'allantoïde préexiste au fœtus, persiste pendant toute la durée de la grossesse; dans l'espèce humaine, au contraire, la vésicule ombilicale ne peut s'observer qu'après deux mois environ de grossesse, et elle disparoît complètement après le quatrième mois.

Cette vésicule est tantôt sphérique, tantôt de forme ovalaire; elle acquiert pour l'ordinaire la grosseur d'un gros pois : le liquide qu'elle contient est le plus souvent de couleur jaunâtre. Suivant plusieurs elle se termine, à une de ses extrémités, par un filet grêle qui marche sous l'amnios et se dirige vers le cordon ombilical, dans l'épaisseur duquel il est reçu. Wrisberg dit s'être assuré, au moyen de l'injection, que ce filet n'est qu'une artère qui se détache de celles de l'épiploon, et aboutit au cordon à l'endroit où il s'insère dans le bas-ventre. En suivant son trajet, il parvient à la vésicule ombilicale, sur laquelle il se ramifie par des branches extrêmement fines. Les recherches de Guillaume Hunter et de Sandifort ont confirmé cette observation.

M. Lobstein croit que, dans les premiers temps, la vésicule ombilicale est attachée immédiatement à l'ombilic de l'embryon et paroît sortir de son ventre, et qu'elle est très-grande proportionnellement à son volume; mais que les premières semaines de la grossesse passées, elle s'éloigne de l'abdomen par l'accroissement du cordon ombilical, dans l'épaisseur duquel elle se trouve. « Il paroît que c'est dans cet état que Ruisch l'a observée, et que pour cette raison il l'a appelée *hydatide du cordon*. Plus tard on l'observe à l'endroit de l'insertion du cordon ombilical au placenta. C'est à cette époque qu'elle a été observée par Hunter. Plus tard encore elle est placée plus loin que l'insertion du cordon. Vers la fin du quatrième mois, elle se trouve vers le disque du placenta. Elle disparoît au-delà de ce terme, semblable en cela à la membrane pupillaire, qui disparoît aussi dans le fœtus. » Le corps de la vésicule diminue de capacité à mesure qu'elle s'éloigne de l'embryon.

Je n'ai pas encore été à même de vérifier l'existence de cette vésicule sur des œufs rendus de la fin du second mois au quatrième de la gestation, qui sont, suivant Hunter, les seules époques où l'on puisse l'observer. Je n'ose cependant pas en conclure qu'elle n'avoit pas existé, parce qu'il est possible qu'elle se détruise pour l'ordinaire par les efforts qui accom-

pagnent l'avortement. Il faudroit trouver l'occasion de disséquer des femmes enceintes mortes de la fin du second mois à la fin du quatrième, qui sont les seules circonstances de la grossesse où elle existe, suivant les auteurs qui la décrivent, si l'on en excepte M. Lobstein, dont je viens de faire connoître l'opinion sur cette vésicule.

Malgré des autorités aussi nombreuses, le docteur Krummacher a cependant élevé des doutes sur l'existence de la vésicule ombilicale, et il a regardé la petite quantité de liquide que contient dans quelques cas l'amnios, comme le produit d'un état contre nature, plutôt que comme une disposition naturelle. Il rapporte avoir rencontré en effet cet interstice rempli d'une bulle aqueuse dans plusieurs œufs expulsés dans le second ou le troisième mois, mais seulement lorsqu'ils étoient dans un état contre nature, et qu'ils avoient resté pendant plusieurs semaines, et quelquefois pendant plusieurs mois dans l'utérus avant d'être chassés, mais qu'il n'a jamais pu découvrir cet écartement des deux membranes et un liquide interposé dans les œufs qui, ayant été expulsés aussitôt après l'action de la cause qui avoit produit l'avortement, ne s'écartoient pas de l'état naturel.

Les membranes chorion et amnios se continuent sur toute la longueur du cordon; l'amnios forme un repli à l'endroit où elle gagne le cordon. Lorsqu'on tire dessus cette anse pour extraire le placenta, ces membranes s'écartent l'une de l'autre dans le lieu de ce repli, et forment une cavité accidentelle que quelques accoucheurs ont pris pour celle de l'allantoïde, qui, chez le fœtus humain, n'existe jamais vers la fin de la grossesse.

Ces deux membranes peuvent être tantôt d'un tissu trop serré, tantôt d'un tissu trop lâche. Cette disposition doit être connue de l'accoucheur, puisque dans le premier cas elles peuvent, par leur résistance, retarder l'accouchement, et devenir la cause d'accidens graves que je ferai connoître ailleurs; tandis que lorsque leur tissu n'a pas assez de consistance, elles se rompent de trop bonne heure et rendent l'accouchement beaucoup

plus long, parce qu'il manque une des causes qui concourent à opérer la dilatation du col.

Si l'orifice étoit ouvert de bonne heure, comme on le voit chez quelques femmes chez lesquelles, dès le septième mois, on peut toucher les membranes a nu, leur ténuité extrême pourroit donner lieu à un accouchement prématuré, parce qu'elles ne peuvent pas supporter, dans le lieu où elles ne sont pas soutenues, l'action exercée par la colonne de fluide qui presse la matrice en tout sens pour en opérer la dilatation.

L'on ne peut pas douter que les membranes et le placenta n'aient des fonctions importantes à remplir à l'égard du fœtus. Jamais on ne rencontre de fœtus sans qu'elles n'existent; et si on les rencontre sans le fœtus, c'est qu'après avoir perdu la vie à une époque où il n'étoit encore qu'une mucosité, il s'est entièrement dissous dans les eaux.

Les membranes et le placenta sont-ils nourris par les fluides qu'ils reçoivent de la matrice, ou bien par ceux que leur envoie le fœtus? Je crois qu'en considérant l'ordre que suivent ces substances dans leur développement pendant tout le cours de la grossesse, il est aisé de répondre à cette question dont la solution peut jeter un grand jour sur la manière dont se nourrit le fœtus. Les membranes existent, et ont déjà acquis un certain degré d'accroissement dans un moment où le fœtus ne tombe pas encore sous les sens. Il est évident qu'un corps invisible ne peut pas fournir au développement et à la nutrition d'un corps qui est déjà très-sensible et dont l'accroissement est rapide; elles ne peuvent donc pas recevoir du fœtus leurs fluides nourriciers dans le commencement de la grossesse. Mais si ces substances reçoivent leurs fluides dans les premiers momens de la part de la matrice, tout porte à croire qu'elles continuent de les recevoir de la même source pendant tout le cours de la grossesse. Dans l'espèce humaine les membranes de l'œuf vivent tant qu'elles sont en rapport avec la matrice, quoique le fœtus soit mort et qu'il n'en existe plus de traces; ce qui prouve que l'œuf tire sa nourriture de la mère.

A mesure que le fœtus croît, le volume des secondines de-

vient respectivement moindre ; or si elles tiroient leurs fluides du fœtus, elles devroient être respectivement plus volumineuses. Si, au contraire, elles sont faites pour transmettre au fœtus les fluides qu'elles reçoivent de la matrice, on conçoit que le fœtus, absorbant de plus en plus une plus grande quantité de fluides, elles ne doivent pas augmenter autant de volume dans les derniers temps que dans les premiers, parce qu'il reste moins de fluides dans leur tissu pour en favoriser le développement.

Du Placenta.

On donne le nom de *placenta* à cette masse spongieuse qui forme à la face externe du chorion une espèce de gâteau parenchymateux. C'est de cette ressemblance qu'il tire son nom. Si la femme a éprouvé pendant la grossesse quelque indisposition, la couleur et la substance du placenta en portent presque toujours des marques après l'accouchement. C'est ce que l'on remarque surtout chez celles qui sont atteintes de maladies vénériennes anciennes, chez celles qui sont phthisiques. Les endroits du placenta qui se sont séparés de la matrice sont recouverts de sang extravasé, ou présentent des taches noirâtres.

Le placenta est formé par la réunion du tissu qui recouvre le chorion ; il n'existe pas durant tout le premier mois ; les lames qui le composent sont arrangées de manière à former une éponge ; il est fortement uni au chorion, et l'on ne peut pas l'en séparer sans déchirure ; en sorte que plusieurs auteurs ont cru que le placenta et le chorion ne différoient l'un de l'autre que par l'arrangement différent des lames qui les composent. Cette opinion de Haller, adoptée par les physiologistes, paroît démentie par la structure et les usages, qui sont différens.

Le placenta est épais vers son milieu et mince sur ses bords ; son épaisseur dans son centre est de douze à quinze lignes ; son diamètre, pris selon sa largeur, est de sept à huit pouces. Les dimensions du placenta varient suivant la force de l'enfant, la vigueur de la femme, et le lieu de la matrice où il s'est implanté.

Le placenta présente des variétés qui sont relatives à sa conformation, à l'insertion du cordon ombilical, et au nombre d'enfans qui peuvent exister.

Le placenta est formé de plusieurs lobes unis par un tissu cellulaire très-fin. Si l'on plie cette masse sur elle-même, les lobes qui la composent se séparent les uns des autres, et rendent la surface extérieure très-inégale et profondément sillonnée; tandis que, dans l'état naturel, les anfractuosités que l'on y remarque sont superficielles. On a vu des placenta dont les lobes étoient séparés les uns des autres; en sorte qu'on auroit pu les prendre pour autant de placenta, si ces différens lobes n'eussent été liés les uns aux autres par les membranes et les vaisseaux.

La forme du placenta varie suivant le point où le cordon ombilical s'insère. Quand il s'implante sur un des bords, il prend le nom de *placenta en raquette*. On connoît un mode particulier d'insertion du cordon ombilical où les vaisseaux, en sortant de l'abdomen du fœtus, se divisent, s'écartent et vont gagner les membranes de l'œuf, rampent dans leur épaisseur, et vont s'insérer au disque du placenta par des branches séparées. J'ai été témoin d'un cas de cette espèce. M. Lobstein, en donnant la description d'un placenta où cette distribution des vaisseaux avoit lieu, a rapporté deux exemples à-peu-près analogues. Le premier se trouve dans les Commentaires de Gœttingue (tom. IV, pag. 57), et a été communiqué par Wrisberg: l'autre cas est rapporté par Sandifort (*Observation. anatomic. pathologicæ*, lib. II, cap. IV, tab. 7).

Le nombre des placenta répond toujours à celui des enfans. Lors même qu'ils paroissent ne former qu'une seule masse, chaque enfant avoit cependant, lors de sa formation, un placenta distinct. Quoique les placenta soient réunis dans une certaine étendue de leurs bords, les vaisseaux de l'un n'ont cependant aucune communication avec ceux de l'autre. L'injection poussée par l'un des cordons ne passe pas dans les vaisseaux qui appartiennent à l'autre cordon. Cette disposition présente des avantages. L'un des enfans peut perdre la vie sans

que l'autre en éprouve aucune atteinte. Si le plus souvent les placenta des jumeaux sont unis, on voit cependant quelquefois qu'ils sont entièrement séparés l'un de l'autre.

Le placenta est attaché à la matrice par sa face sillonnée, que l'on pourroit appeler *face utérine*. Cette adhérence, quelque solide qu'elle soit, se fait par le moyen du tissu cellulaire qui en recouvre les anfractuosités. L'observation ne permet pas d'admettre d'anastomoses entre les vaisseaux de la matrice et les vaisseaux ombilicaux du fœtus; en sorte qu'il existe réellement deux parties dans le placenta, une fœtale et l'autre utérine, qui sont seulement entre-mêlées l'une avec l'autre sans avoir aucune communication. Les vaisseaux qui se distribuent à l'une de ces substances ne pénètrent pas dans l'autre.

On remarque seulement dans le placenta des cavités qui correspondent aux vaisseaux utérins. Mais ces cavités ne paroissent plus lorsque le placenta est détaché. Leur bord s'affaisse, et elles n'ont plus que l'apparence de déchirures. D'après cette disposition, le sang des artères utérines est déposé dans les cellules du placenta, dans lesquelles il est puisé par les radicules de la veine ombilicale. La mère fournit seulement la matière dont le sang du fœtus est formé; mais le sang de ce dernier est entièrement indépendant de celui de sa mère, relativement à sa formation et à sa circulation.

La surface fœtale du placenta est recouverte par le chorion et l'amnios. C'est sur cette face que l'on remarque un plexus d'artères et de veines qui est l'origine du cordon ombilical.

L'attache du placenta n'est pas fixe; il peut s'implanter indistinctement sur tous les points de la surface interne de la matrice. L'adhérence la plus commune se trouve sur les régions moyennes de cet organe : la plus rare est celle qui a lieu sur l'orifice de la matrice. On a observé que quand le placenta étoit implanté sur cette dernière région, son volume étoit moins considérable. Ce phénomène dépend probablement de la quantité de sang qui s'échappe de cette masse, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

L'obliquité de la matrice, les positions défectueuses que prend

l'enfant dans la matrice, ne reconnoissent jamais pour cause l'adhérence du placenta sur telle ou telle région de ce viscère.

A moins que le placenta ne soit attaché sur l'orifice de la matrice ou dans le voisinage, on ne peut reconnoître qu'après l'accouchement le lieu qu'il occupe. Pour juger de sa situation dans cette dernière circonstance, on tend le cordon, et l'on examine s'il se contourne sur la paroi antérieure ou sur la postérieure, ou bien sur l'une des parois latérales. M. Baudelocque prétend que lorsque le placenta est au-dehors, on peut, en comparant l'ouverture des membranes avec le centre du placenta, reconnoître à quelle distance de l'orifice il étoit attaché. L'ouverture des membranes, dit il, répond constamment à l'orifice de la matrice qui est diamétralement opposé au fond. Par conséquent, si l'ouverture est également éloignée de tous les points de la circonférence du placenta, cet organe étoit inséré au fond de l'utérus. Plus l'ouverture sera rapprochée d'un des bords du placenta, plus l'insertion étoit voisine de l'orifice de la matrice. Ce raisonnement suppose que l'ouverture des membranes répond constamment au centre de l'orifice de la matrice. Or, M. Baudelocque lui-même établit, en traitant de de la rupture de la poche des eaux, qu'elle se fait quelquefois vers l'un des bords et même au-dessus de l'orifice. Ces dernières assertions étant confirmées par l'expérience, qui apprend que l'on est souvent obligé de déchirer la poche qui se forme après une rupture sur un point éloigné du centre de l'orifice, il est évident que le rapport qui existe entre l'ouverture des membranes et le centre du placenta, ne peut pas faire reconnoître l'insertion de ce dernier après son issue.

Du Cordon ombilical.

Le cordon ombilical s'étend du placenta au nombril; il ne jouit d'aucune sensibilité, comme le prouve le défaut de douleur de la part du fœtus et de la mère lorsqu'on pratique la section. Il est composé de deux artères, et d'une veine dont le diamètre est plus considérable que celui des artères prises

ensemble. Il est assez rare de ne trouver qu'une seule artère, comme de rencontrer la veine divisée en deux branches. Quelquefois on a vu les artères communiquer ensemble par une ou plusieurs branches intermédiaires. Pour l'ordinaire il n'existe qu'un cordon pour chaque enfant. Schurigius, Stalpartwanderviel, et autres observateurs, parlent de fœtus de l'ombilic desquels il partoit plusieurs vaisseaux ombilicaux qui s'implantoient chacun dans le même placenta.

Le cordon est enveloppé des membranes chorion et amnios, depuis le placenta jusqu'au nombril. Ces membranes peuvent facilement se séparer du cordon ombilical dans une étendue de plus d'un pouce; mais au-delà, elles adhèrent si fortement aux vaisseaux ombilicaux, qu'on ne peut plus les en séparer avec la même facilité, quoiqu'elles se prolongent sur toute la longueur du cordon. L'amnios forme la membrane extérieure de cette enveloppe. Le chorion, parvenu à l'ombilic, se continue avec le derme de l'organe cutané du fœtus.

Les vaisseaux qui composent le cordon ombilical sont contournés les uns sur les autres. Le plus communément ce sont les artères qui entourent la veine. Cette dernière se replie sur elle-même, et forme d'espace en espace de gros nœuds variqueux. Les bonnes femmes croient pouvoir juger, d'après leur nombre, combien l'accouchée aura d'enfans.

La grosseur du cordon ombilical varie dans les différens sujets. Quelquefois il est grêle et sec; d'autres fois il est gros et pâteux. Ces derniers cordons sont exposés à se casser lorsqu'on tire dessus avec force pour délivrer la femme.

Le cordon ombilical forme à la surface interne du placenta sur lequel il s'épanouit, un plexus vasculaire très-considérable. La veine ombilicale prend sa source des radicules déliées qui s'élèvent en très-grande quantité de la substance du placenta. Cette manière de s'exprimer sembleroit indiquer, comme l'admettent tous les accoucheurs, que la veine ombilicale vient du placenta, tandis que les artères ombilicales du cordon viennent du fœtus. Cependant il est assez probable que l'embryon, en descendant de l'ovaire dans l'utérus,

apporte avec lui le principe des ramifications veineuses qui vont s'étendre, et puiser dans le placenta les fluides nécessaires à son développement, comme la plante, l'arbuste et l'arbre étendent les leurs, dont le germe est le principe, dans la terre, pour en tirer les sucs nécessaires à la tige. Il admet que la veine ombilicale est une branche de la veine porte de l'enfant, comme les artères du cordon sont une bifurcation des iliaques. Il est très-probable que les trois vaisseaux doivent avoir la même origine. La veine porte envoie une branche hors de l'embryon, comme les artères iliaques. Ces deux genres de vaisseaux subissent, après la naissance, la même métamorphose.

Ces ramifications extrêmement déliées, soit qu'elles viennent du fœtus, soit qu'elles tirent leur origine du placenta, se réunissent de proche en proche en d'autres branches plus considérables, qui diminuent en nombre dans la même proportion qu'elles augmentent en diamètre, jusqu'à ce qu'elles ne forment plus qu'un seul tronc auquel on donne le nom de *veine ombilicale*. Après la réunion des branches en un seul tronc, la veine ombilicale se dirige, accompagnée des deux artères du même nom, vers l'ombilic du fœtus. Les vaisseaux s'écartent les uns des autres à la partie postérieure de l'anneau. La veine monte le long du ligament suspenseur du foie, d'où elle gagne sa scissure. Lorsqu'elle s'approche du sinus de la veine porte (sous-hépatique) elle se divise en deux branches, dont l'une se plonge dans le sinus de la veine porte, et l'autre, sous le nom de *canal veineux*, se rend dans la veine cave inférieure. De là le sang se rend dans le cœur, qui le chasse jusqu'aux extrémités. Dans le fœtus, le sang des artères iliaques continue sa route dans les artères ombilicales, qui en sont une continuation. Ces dernières se portent de la partie postérieure de la vessie vers l'ombilic, d'où elles se rendent, conjointement avec la veine du même nom, dans le placenta, dans la substance duquel elles se divisent et subdivisent à l'infini.

Tout le sang apporté par les artères ombilicales n'est pas versé dans les cellules du plancenta; une partie plus ou moins

grande est transmise dans la veine du même nom, au moyen des communications qui existent entre ces deux genres de vaisseaux : elles sont prouvées par l'injection qui passe des uns dans les autres. En injectant une des artères, on injecte en même temps tout le tissu du placenta qui répond à la face fœtale. Une partie du sang qui vient de circuler chez le fœtus lui est reporté de nouveau par ces communications, sans passer par le placenta.

Quoiqu'il y ait deux artères contre une veine dans le cordon ombilical, cette disposition se borne aux seuls troncs : dans toutes les divisions des vaisseaux, il n'y a qu'une veine et une artère qui s'accompagnent. La veine remplit les fonctions d'artères, puisque c'est elle qui porte au fœtus le sang qui doit fournir à son développement, tandis que les artères qui rapportent le superflu font l'office de veines. Les observations de Haller prouvent que la veine est visible avant les artères. M. Lobstein, dans son ouvrage sur la Nutrition du Fœtus, confirme, par ses recherches, l'opinion de Haller. Il est cependant problable que les veines ne sont pas formées avant les artères.

La longueur du cordon varie dans les différens sujets : elle est pour l'ordinaire de vingt à vingt-deux pouces. On en a vu qui avoient six pouces seulement, d'autres jusqu'à cinquante-sept pouces. M. Morlanne en a rencontré un qui offroit cinq pieds de longueur. Un cordon trop long ou trop court peut devenir nuisible. Quand le cordon est plus long qu'à l'ordinaire, il peut s'entortiller autour du cou de l'enfant; il peut aussi se nouer, soit pendant le cours de la grossesse, soit au moment où l'enfant sort du sein de sa mère. On conçoit comment de simples nœuds peuvent se former. Le cordon étant très-long, l'enfant passe à travers une anse formée par cette corde. Il y a un ou plusieurs nœuds, suivant le nombre d'anses à travers lesquelles est passé l'enfant. Il seroit difficile d'expliquer comment le cordon peut s'entrelacer en manière de natte, comme dans celui que M. Baudelocque a fait graver dans son ouvrage. Les mouvemens du fœtus dans la matrice sont les vraies causes de ces circonvolutions.

Quels que soient le nombre et la nature des nœuds qui existent dans le cordon, ils ne peuvent jamais se serrer au point de faire périr l'enfant, ni même de nuire à son développement, comme l'ont cru Smellie et Levret. Il est évident que l'anse à travers laquelle passe l'enfant ne peut pas se former que le cordon ne soit beaucoup plus long que la matrice n'a d'étendue. L'enfant par conséquent, en se portant d'une paroi de l'utérus à l'autre, ne peut pas tirailler le cordon.

Le peu de longueur du cordon, soit naturelle, soit à raison de son entortillement autour du col ou autour de quelques autres parties, ne peut pas mettre d'obstacle à l'accouchement jusqu'à ce que la tête soit dehors. En traitant de cette complication, que les accoucheurs ont rangée pendant long-temps parmi les circonstances qui peuvent rendre l'accouchement contre nature, je prouverai que le défaut de longueur du cordon, quelque considérable qu'on le suppose, ne peut pas retenir la tête; mais une fois qu'elle est dehors, il peut causer des accidens. Les circonvolutions qui sont autour du col peuvent se serrer et faire périr l'enfant, ou l'exposer à l'apoplexie. Si le cordon est très-court, ce vice peut occasionner, lorsqu'une fois la tête est dehors, le décollement du placenta ou le renversement de la matrice, si les adhérences de cette masse sont très-fortes. Il peut aussi occasionner, pendant le cours de la grossesse, le décollement du placenta, soit en totalité, soit en partie, et même la rupture du cordon. En effet, l'on conçoit que si la matrice contient beaucoup d'eau, et que l'enfant dont le cordon est très-court exerce de grands mouvemens, le placenta et le cordon peuvent être fortement tiraillés, puisque la matrice a plus d'étendue que le cordon n'a de longueur. Un effort violent exercé sur un cordon frêle peut le rompre. On trouve dans les observateurs plusieurs exemples d'hémorrhagies occasionnées par cette rupture, à la possibilité desquelles M. Baudelocque n'avoit pas cru, jusqu'à ce qu'il ait été forcé de les admettre d'après sa propre expérience.

Des Eaux de l'Amnios.

La cavité de l'amnios renferme une quantité d'eau plus ou moins considérable dans laquelle nage le fœtus. Relativement au volume du fœtus, elle est plus grande dans les premiers mois de la grossesse que vers la fin. Mais la quantité absolue est plus grande aux approches du terme de neuf mois. Elle n'est pas toujours la même dans une grossesse parvenue à terme. On trouve pour l'ordinaire de quinze à dix-huit onces de liquide. D'autres fois il s'en écoule une quantité beaucoup plus petite, comme deux ou trois onces. La pesanteur spécifique de la liqueur de l'amnios surpasse très-peu celle de l'eau.

La température la plus grande des eaux de l'amnios s'élève de trente à trente-un degrés; elle ne se trouve jamais au-dessous de vingt-neuf. Le degré de température est toujours le même, soit qu'on introduise le thermomètre pendant que les membranes sont encore entières ou après leur rupture, soit après l'accouchement.

Les physiciens ont demandé si le fœtus éprouve une sensation de la part de ces eaux, qui sont pour lui un corps étranger. Le fœtus ne peut pas avoir la conscience des eaux de l'amnios dans lesquelles il nage, ni de leur température habituelle, parce que cette impression est constante. Toute sensation suppose comparaison entre l'état actuel et l'état passé; ce qui ne peut avoir lieu chez le fœtus, qui est toujours dans le même milieu. Il en est chez lui des eaux de l'amnios comme de l'air chez l'adulte, qui ne se fait sentir qu'autant que sa température ou son mouvement change.

Les eaux de l'amnios sont ordinairement claires, transparentes et ont une odeur douce, fade, qui a beaucoup d'analogie avec celle qui s'exhale de l'abdomen des animaux que l'on égorge pour nos cuisines : elles ont une saveur légèrement salée qui se rapproche de celle d'un liquide dans lequel on auroit dissous du muriate de soude. Quand on l'agite, ce fluide mousse comme une légère dissolution de gomme. Quelquefois

elles sont blanchâtres, louches, et ont une apparence laiteuse. La matière tenue en suspension par cette eau ressemble, par son aspect, à la partie caséeuse du lait. L'opinion la plus générale attribue la croûte qui recouvre le corps des enfans nouveau-nés à cette matière, qui dépose un sédiment à sa surface. M. Richerand regarde cet enduit visqueux comme une sécrétion de l'organe cutané. Cette opinion avoit déjà été celle de Plenck. M. Lobstein demande pourquoi on ne rencontre jamais cet enduit dans les fœtus rendus dans les premiers mois, mais seulement depuis le sixième et le septième, si les eaux de l'amnios déposent cette couche. Ma propre expérience me porte à regarder comme constant le fait dont parle ici M. Lobstein. Mais si, comme l'ont indiqué MM. Vauquelin et Buniva, on doit attribuer la formation de cette matière à la dégénérescence de l'albumine contenue dans les eaux de l'amnios, on conçoit pourquoi il ne se fait point de sédiment dans les premiers mois, puisqu'il faut un espace de temps assez long pour que cette conversion étonnante ait lieu.

Si cet enduit étoit le produit d'une sécrétion, on devroit le rencontrer chez tous les fœtus. Cependant il en est plusieurs chez lesquels il n'existe pas. Cette couche m'a toujours paru manquer quand les eaux de l'amnios étoient limpides, et être d'autant plus épaisse et étendue, que les eaux étoient plus troubles.

Chez quelques femmes on trouve les eaux épaisses, d'une couleur tantôt grisâtre et tantôt verdâtre ou noirâtre. Dans quelques circonstances elles sont tellement acrimonieuses, que les doigts de l'accoucheur en ressentent l'action.

J'ai souvent observé que le doigt porté dans le vagin au moment de l'écoulement de ce liquide étoit ridé, crispé lorsqu'on le retiroit. Si ces altérations sont plus communes dans le cas d'affections morbifiques, soit de la mère, soit du fœtus, on les voit survenir même lorsque l'un et l'autre sont sains. Quelquefois ces dégénérescences dépendent de quelque substance étrangère à ces eaux, comme du sang, du méconium, de la putréfaction qu'a éprouvée le fœtus.

On a beaucoup disputé sur la nature, les usages et la source de la liqueur contenue dans la cavité de l'amnios. Cette liqueur est une humeur *sui generis*, et qui diffère plus ou moins de toutes les autres humeurs de notre corps : plusieurs physiologistes l'ont comparée avec l'albumen des œufs; mais l'analyse apprend que ces deux substances diffèrent essentiellement par leurs propriétés. L'albumen des œufs se coagule promptement par les acides minéraux; ce qui n'a pas lieu pour la liqueur de l'amnios; il se coagule aussi par la chaleur, qui, à un degré bien plus considérable, ne coagule pas la liqueur de l'amnios, laquelle, degré de l'ébullition, ne donne encore aucun coagulum : ce n'est qu'après qu'elle a été évaporée à plus de moitié que l'on commence à en apercevoir des traces.

Ce liquide diffère de la sérosité du sang, en ce qu'il ne se coagule que très-difficilement, tandis que le sérum du sang est facilement coagulable. La liqueur qu'exhalent les vaisseaux dans quelques-unes des cavités de notre corps revêtues de membranes séreuses, comme la plèvre, le péricarde, le péritoine, est une de celle avec laquelle le liquide contenu dans l'amnios paroît avoir le plus d'analogie; il en diffère cependant essentiellement, en ce qu'il ne se coagule pas par les acides, l'alcool, la chaleur, ou du moins très-peu et très-lentement, en proportion de la coagulation prompte et facile qu'éprouvent les autres humeurs. L'analyse que le docteur Van-den-Bosch a donnée de cette liqueur dans une dissertation publiée en 1792, et qui a pour titre : *de Naturâ et liquoris amnii Utilitate*, prouve qu'elle diffère essentiellement de toutes les autres humeurs du corps.

Les réactifs qu'ont employés MM. Vauquelin et Buniva, qui se sont aussi occupés de l'analyse de cette humeur, prouvent qu'il existe dans les eaux de l'amnios, 1°. une matière albumineuse en petite quantité, tenue en dissolution par un acide léger et volatil. Pour bien connoître la proportion de la matière albumineuse, il faudroit, suivant M. Lobstein, examiner cette liqueur dans les premiers mois de la grossesse, et non dans les

derniers et au moment de l'accouchement. Il pense, sans en apporter cependant aucune preuve, qu'elle contient plus de parties nutritives dans les premiers temps de la gestation. Osiender observe que l'eau de l'amnios est très-coagulable à cette époque.

Suivant les chimistes français, l'alcool donne lieu à un précipité floconneux formé par l'albumine. Van-den-Bosch dit expressément que l'alcool n'occasionne aucun coagulum. Les acides ont peu d'effet sur les eaux de l'amnios : Van-den-Bosch assure même qu'ils n'en ont aucun. 2°. On soupçonne la présence d'un acide dans cette liqueur, parce qu'elle rougit la teinture de tournesol, et que la potasse caustique y occasionne un précipité floconneux, ainsi que s'en sont assurés MM. Vauquelin et Buniva. Van-den-Bosch avoit aussi obtenu le même résultat, en mêlant des alcalis, la potasse, la soude, à la liqueur de l'amnios. 3°. Ils y ont trouvé un sel muriatique qu'ils ont présumé être celui de soude. Ce sel y est en petite quantité; car, lorsque la liqueur de l'amnios a été distillée, si on jette sur des charbons ardens une partie du résidu, à peine s'aperçoit-on qu'elle crépite. 4°. Ils ont reconnu une petite quantité de matière alcaline; car elle verdit très-visiblement la teinture de violette. La présence d'un alcali, qui est certaine, les a rendus timides pour assurer l'existence d'un acide isolé.

Cent parties des eaux de l'amnios contiennent un douzième de leur poids de matière qui reste après qu'on les a soumises à l'évaporation. Ces substances sont l'albumine, la soude, le muriate de soude et le phosphate de chaux.

Si la présence d'un acide dans les eaux de l'amnios de la femme est douteuse, on trouve évidemment dans celles de la vache un acide *sui generis*, auquel MM. Vauquelin et Buniva ont donné le nom d'*acide amniotique*. Il est très-différent des deux autres acides animaux connus, l'acide sacco-lactique et l'acide urique. L'acide amniotique fournit, à la distillation, de l'ammoniaque et de l'acide prussique; ce que ne fait pas l'acide sacco-lactique. L'acide urique fournit ces deux principes par l'action du feu; mais il en diffère en ce qu'il se colore à l'air,

et donne une couleur rose à l'acide nitrique; tandis que l'acide amniotique, exposé à l'air, reste blanc, et n'altère pas par son mélange la couleur de l'acide nitrique.

La source des eaux de l'amnios est la même que celle des humeurs que l'on trouve dans le péricarde, la plèvre, le péritoine. Le liquide s'échappe par voie d'exhalation de la surface fœtale de l'amnios. L'analogie que j'établis entre les fonctions des membranes séreuses et celles des membranes de l'œuf, présente cependant cette différence, que les humeurs s'accumulent dans l'amnios, tandis que, dans l'ordre naturel, elles sont résorbées de suite sur les autres surfaces séreuses. Comme on n'a point encore rencontré de vaisseaux lymphatiques dans les membranes d'aucune espèce d'animaux, soit vivipares, soit ovipares, il est probable que c'est à leur absence que l'on doit attribuer l'accumulation du liquide.

L'existence des exhalans sur la membrane amnios ne peut être révoquée en doute, quoique ces vaisseaux soient tellement ténus, qu'on ne peut pas les apercevoir à l'œil nu, ni venir à bout de les injecter par aucun des procédés usités dans l'art anatomique. Dans l'état naturel, ils n'admettent qu'un fluide incolore. Les expériences de Monro prouvent assez leur existence. En injectant de l'eau chaude dans les artères ombilicales, il a toujours vu le liquide transsuder et comme jaillir de la surface interne de l'amnios. Ruisch, Fabrice d'Aquapendente, Haller, Néedham, assurent avoir distingué à l'œil nu des vaisseaux, mêmes rouges, sur la membrane amnios des autres animaux, surtout avant les derniers mois de la grossesse. En effet, cette liqueur étant fournie plus abondamment durant les premiers mois, ils sont les plus favorables pour apercevoir les vaisseaux de l'amnios.

La liqueur de l'amnios participe évidemment, dans quelques circonstances, des qualités des humeurs de la mère; ce qui ne permet pas de douter qu'elle soit fournie par les vaisseaux qui se rendent de la matrice aux membranes du fœtus. Si la femme a fait usage de safran pendant sa grossesse, les eaux de l'amnios présentent cette couleur; si elle a reçu des frictions mercu-

rielles, les eaux ont la propriété de blanchir le cuivre. Ces phénomènes ne pourroient pas avoir lieu si, comme le prétendent quelques auteurs, les eaux de l'amnios étoient le produit de la transpiration ou des urines du fœtus. Lorsque les enfans naissent sans avoir la verge ou le méat urinaire perforés, on ne laisse pas de trouver la même quantité d'eau dans les membranes. Chez les enfans, l'urine contient de l'acide phosphorique et de l'acide benzoïque que l'on ne trouve pas dans le liquide de l'amnios.

Si les eaux venoient du fœtus d'une manière quelconque, on ne devroit pas en apercevoir dans un temps où le fœtus ne tombe pas encore sous les sens; elles devroient être d'autant plus abondantes que le fœtus est plus gros, puisqu'il transpire et urine davantage. Cependant les eaux de l'amnios suivent une proportion inverse. On les aperçoit dans un temps où le fœtus est invisible. Toute proportion gardée, elles sont d'autant moins abondantes que le fœtus a acquis plus de développement. Si, comme je l'ai admis, il n'y a point de vaisseaux lymphatiques ou inhalans destinés à reprendre l'humeur secrétée continuellement par les exhalans, « il s'ensuivroit qu'elle seroit » d'autant plus abondante que le fœtus est plus près de sa nais- » sance, ce qui n'a pas lieu. » M Lobstein croit que cela dépend de ce que le fœtus absorbe une portion de ce liquide par toute la surface du corps. On peut expliquer la diminution relative de l'eau de l'amnios sans admettre son absorption par les vaisseaux lymphatiques dont les orifices s'ouvrent à la peau. A mesure que la grossesse avance, la membrane caduque s'amincit considérablement; les vaisseaux qui la traversent pour se rendre dans le chorion et l'amnios diminuent et deviennent plus petits, ce qui suffit pour concevoir que la quantité du liquide sécrété doit être moindre.

Les eaux de l'amnios peuvent pécher par excès ou par défaut, ou parce qu'elles ne se sont pas formées dans le lieu ordinaire. Une quantité trop considérable d'eau rend la grossesse plus pénible, favorise les positions obliques ou transversales et la sortie du cordon; elle retarde l'accouchement et dispose la

matrice à l'inertie. Les grossesses où il existe une très-petite quantité d'eau sont ordinairement douloureuses pour la mère, et exposent l'enfant à des difformités, parce qu'il se trouve gêné dans ses mouvemens. Cet état peut amener l'avortement.

On a cru que des eaux pouvoient s'amasser entre le chorion et l'amnios, et on leur a donné le nom de *fausses eaux*. Suivant les accoucheurs qui en admettent l'existence, ce sont ces eaux que quelques femmes rendent avant l'accouchement. Toutes les fois que l'on a examiné les membranes chez les femmes qui ont présenté ce phénomène, il a été impossible d'apercevoir des traces d'écartement entre elles. On a vu qu'elles étoient unies par du tissu cellulaire dans toute leur étendue. On prend souvent pour de fausses eaux, les urines que les femmes rendent involontairement vers les derniers temps de la grossesse. On a aussi pris quelquefois pour de fausses eaux un liquide qui provenoit de la cavité de l'amnios, parce qu'il s'étoit fait une solution de continuité aux membranes dans un point élevé et éloigné de l'orifice de la matrice. Dans quelques cas, le liquide que l'on considère comme de fausses eaux ne pourroit-il pas sortir de l'œuf qui appartiendroit à un autre fœtus conçu en même temps que le premier, mais qui seroit mort peu de temps après, et qui se seroit entièrement dissous dans les eaux? Dans quelques cas, comme je l'ai dit en traitant de l'hydropisie utérine qui complique la grossesse, les eaux que les femmes rendent quelque temps avant d'accoucher, et quelquefois à plusieurs reprises, sortent de la cavité même de la matrice.

Les usages attribués aux eaux de l'amnios sont très-variés. Les uns sont douteux et les autres certains. Plusieurs auteurs, en cherchant à assigner les causes de la dilatation de la matrice, ont avancé que la nature n'employoit pour l'opérer que le fluide qui s'épanche à chaque instant dans la cavité des membranes. Lors même que la dilatation devroit être considérée comme active, il est probable que l'accumulation du liquide seroit la cause qui détermineroit cet organe à se dilater activement. La poche des eaux est un des instrumens dont se

sert la nature pour faciliter la dilatation de l'orifice de la matrice, en agissant à la manière d'un coin qui tend à écarter les lèvres. Le liquide renfermé dans l'amnios empêche l'adhérence du fœtus avec les membranes qui, sans sa présence, surviendroit facilement : il paroît encore propre à prévenir celle des membres avec le tronc. M. Morlanne rapporte avoir rencontré l'adhérence des bras, des avant-bras avec la poitrine, et celle des cuisses avec l'abdomen chez un fœtus jumeau de cinq mois et demi, dans un cas où les eaux s'étoient écoulées plus d'un mois auparavant.

Pendant le cours de la grossesse, ces eaux font que les mouvemens sont plus libres et moins incommodes pour la femme, et même pour l'enfant qui viendroit heurter contre les parois de la matrice. Le choc de l'enfant contre les parois de cet organe, qui est peu sensible pour lui lorsqu'il nage dans les eaux, produiroit sans leur présence une sensation douloureuse. Ces eaux garantissent aussi l'enfant de la percussion que pourroient exercer sur lui les corps extérieurs. Les accoucheurs enseignent communément, qu'après la rupture de la poche des eaux, elles servent à humecter et à relâcher les parties de la génération, et qu'elles favorisent ainsi la sortie de l'enfant. Cet usage me paroît assez douteux, car toute la portion du liquide contenue au-dessous de la tête s'écoulant tout-à-coup, cette issue brusque est plutôt propre à entraîner les mucosités qui lubrifient naturellement le canal du vagin qu'à l'humecter

Les deux usages suivans, attribués par quelques auteurs aux eaux de l'amnios, sont purement hypothétiques. David, dans son traité de la Nutrition, pense qu'elles sont inspirées par le fœtus, et qu'elles servent à rafraîchir son sang. On ne peut pas admettre que le fœtus respire par le moyen de l'air qui se mêle aux eaux de l'amnios, ou bien par celui que lui transmettroit le cordon ombilical. Cette opinion de Schurigius, de Diémerbroeck, de Méry, ne compte plus, de nos jours, de partisans. Le mode de circulation qui lui est propre, l'affaissement que l'on observe dans son organe pulmonaire, prouvent qu'il ne respire pas. En supposant que les eaux de

l'amnios fussent inspirées par le fœtus, elles ne serviroient pas à rafraîchir son sang, puisque la physiologie porte à considérer la respiration comme un des principaux foyers du calorique. Je pense avec M. Dupuy, ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans son Mémoire physiologique sur la Respiration, que, dans les cas ordinaires, cette fonction n'augmente ni ne diminue la température, mais qu'elle concourt seulement à l'entretenir; et que, dans d'autres, tantôt elle la diminue, tantôt elle l'augmente, suivant le genre de lésion qu'elle a éprouvé.

L'examen de l'opinion des physiologistes qui pensent que les eaux de l'amnios servent à nourrir le fœtus, appartient plus particulièrement à l'article où je traiterai du mode de nutrition qui lui est propre.

De la Circulation du Fœtus.

Avant de décrire la circulation du fœtus telle qu'elle est généralement admise par les physiologistes, je crois devoir faire connoître l'opinion de Schreger, médecin allemand, sur cette matière. Dans une dissertation intitulée *de Functione placentæ uterinæ*, dont on a donné un extrait dans le tome IV de la Bibl. german. rédigée par MM. Brewer et de Laroche, Schreger prétend que les radicules de la veine ombilicale n'ont pas pour usage de pomper les fluides versés par les artères utérines dans le tissu de la portion utérine du placenta, et qu'elles n'ont d'autre office que de charrier celui qu'elles reçoivent des artères ombilicales. Il pense que l'absorption des fluides séreux fournis par les vaisseaux de l'utérus se fait par des lymphatiques qui vont les déposer dans le canal thoracique. De là cette sérosité passe dans la veine sous-clavière gauche, pour se rendre ensuite dans la veine cave supérieure, puis dans le sinus des veines caves et dans le ventricule pulmonaire. Le canal artériel la porte dans l'aorte, d'où elle est distribuée dans toutes les parties du corps. Les artères ombilicales rapportent le sang qui passe dans la veine du même nom,

sans être versé dans les cellules du placenta, comme l'admettent communément les physiologistes; elles y déposent seulement un fluide séreux par le moyen duquel il se dépouille de son carbone.

Les fluides déposés par les artères ombilicales dans le placenta sont rendus à la mère par les vaisseaux lymphatiques de la matrice qui les absorbent. Schreger fait remarquer que l'existence de ces vaisseaux dans la matrice est connue depuis longtemps des anatomistes. Kruikshank, Meckel, Mascagni, Walter et Ludwig sont parvenus à en injecter avec le mercure un si grand nombre, qu'ils recouvroient tous les vaisseaux sanguins en manière de plexus. Kruikshank et Mascagni se sont assurés, par leurs expériences, qu'ils se prolongent jusque dans la portion utérine du placenta. Dans toutes les autres parties du corps, les veines ne jouissent pas de la faculté d'absorber. Or, dit Schreger, la ressemblance qu'ont les extrémités veineuses des vaisseaux de la matrice avec celles des vaisseaux du même ordre de tout autre organe, ne permet pas de supposer que leurs orifices soient plus propres à l'absorption qui s'y feroit exclusivement aux autres parties du corps. « D'ailleurs, comment admettre qu'une semblable or-» ganisation puisse être particulière à ces vaisseaux, quand on » voit le fœtus *extra-utérin* se nourrir et prendre son accrois-» sement dans toutes les parties du bas-ventre de la mère, où » le hasard a fixé l'œuf qui le renferme? » (*Bibl. Germ.*) Il convient que les fluides injectés dans les veines de la matrice parviennent dans les cellules du placenta; mais il pense que l'on ne peut pas en conclure pour cela que les veines de la matrice se terminent réellement par des orifices dans les cellules du placenta. « Ces épanchemens, dit-il, peuvent être » la conséquence du déchirement des vaisseaux dont les pa-» rois sont trop foibles pour soutenir l'effort de la matière » injectée. »

Dans ce système, le placenta doit être considéré comme un prolongement du corps de l'enfant. Le sang en circulant dans cet organe s'y dépouille, ainsi que dans les poumons et à la

surface du corps chez les adultes, de toutes les parties hétérogènes qu'il peut contenir. L'anatomie n'a pas démontré l'existence des vaisseaux lymphatiques, qui, du placenta, vont se rendre au réservoir thoracique tout le long du cordon ombilical. Schreger convient lui-même que ses argumens reposent spécialement sur l'analogie. On remarque, dit cet auteur, que la nature s'assujettit à des lois fixes et immuables dans toutes ses opérations. Si donc on voit que dans toutes les autres parties du corps, les veines ne font pas l'office des vaisseaux absorbans, il n'est pas vraisemblable qu'elle ait arrangé les choses différemment dans le placenta, et que cet organe offre une exception à la règle générale, qui apprend que les veines ne jouissent pas de la faculté d'absorber. Quelques physiologistes, convaincus que l'absorption appartient aux lymphatiques seuls, ont avancé que le parenchyme du placenta étoit doué d'une force contractile particulière, par laquelle il pousse les fluides qui y sont épanchés dans les orifices des veines. Schreger soutient « qu'on ne peut pas admettre dans cet organe une » pareille force, qui d'ailleurs ne pourroit suppléer à la » faculté que doivent avoir ici les absorbans, de choisir, » pour ainsi dire, et d'attirer à eux les fluides qu'ils sont » destinés à charrier, tant pour rendre à la mère ceux qui ne » conviennent plus au fœtus, que pour porter à celui-ci des » sucs propres à sa nourriture et à son développement. » (*Biblioth. Germ.*)

Schreger cite même quelques faits qui paroissent propres à prouver, d'une manière directe, l'existence des lymphatiques dans le cordon ombilical. Wrisberg a vu deux ou trois vaisseaux de ce genre accompagner les vaisseaux sanguins ombilicaux, et en les ouvrant il en a fait sortir de la lymphe. Schreger fait aussi voir qu'avant Wrisberg d'autres auteurs avoient déjà parlé, d'une manière plus ou moins précise, de vaisseaux lymphatico-lactés, tant dans le placenta que dans le cordon ombilical. Le gonflement œdémateux qui affecte souvent le cordon dans toute sa longueur, et qui est quelquefois très-considérable, lui paroît aussi prouver l'existence de ces lympha-

tiques. Cette hydropisie du cordon lui semble devoir être attribuée, comme toutes les autres hydropisies, à une affection des vaisseaux lymphatiques. Il apporte encore comme preuve de l'existence des lymphatiques dans le cordon et dans le placenta, les hydatides que l'on rencontre dans ces parties, parce qu'il les regarde comme de simples dilatations de cet ordre de vaisseaux. Les hydatides devant être considérées comme des kystes développés accidentellement, ne peuvent pas servir à prouver l'existence des lymphatiques dans les parties où elles se sont formées.

J'ai cru devoir faire connoître, avec tous les développemens convenables, les bases sur lesquelles repose cette théorie singulière, quoique je sois loin de la regarder comme probable. On ne peut pas admettre avec Schreger que la matrice ne fournit que des fluides blancs au placenta, à toutes les époques de la grossesse. Quoique je regarde comme certain que le sang rouge de la mère n'est pas approprié aux besoins du fœtus dans les premiers temps, cela ne prouve pas, comme le prétend Schreger, que la partie séreuse seule soit versée par les artères utérines dans les cellules du placenta. Quoique le sang passe en nature des artères utérines dans les cellules du placenta, comme le prouvent les hémorrhagies qui accompagnent toujours le décollement de cette masse, les radicules de la veine ombilicale peuvent bien ne pomper que des fluides blancs.

L'opinion la plus généralement admise par les physiologistes, est que les racines de la veine ombilicale puisent les fluides dans les cellules du placenta. Ces radicules, d'abord très-fines et très-nombreuses, finissent par se réunir en un seul tronc qui, parvenu à l'ombilic, gagne la partie concave du foie. Près le sinus de la veine porte (sous-hépatique), une partie de ce liquide est détournée par le canal veineux qui la décharge de suite dans la veine cave inférieure. L'autre partie du sang qu'apporte la veine ombilicale est versée dans le sinus de la veine porte; en circulant dans le foie, il se mêle avec celui qui revient du bas-ventre. Les veines hépatiques portent ce sang,

ainsi mélangé, dans la veine cave inférieure, qui reçoit en outre celui qui revient des membres abdominaux, et celui que le canal veineux y a versé : cette dernière le charrie dans le sinus des veines caves (oreillette droite) ; de cette oreillette le sang passe de suite, au moyen du trou de Botal, dans le sinus des veines pulmonaires (oreillette gauche). Suivant M. Sabatier, dans son Mémoire sur les organes de la circulation du sang dans le fœtus, le sang apporté par la veine cave inférieure ne se mêle pas avec celui de la veine cave supérieure. Bichat et M. Lobstein soutiennent, avec assez de raison, que ces deux sangs se mêlent dans l'oreillette antérieure du cœur. La majeure partie de ce sang est soustraite au ventricule pulmonaire; celui qui y a été poussé est encore enlevé en grande partie au poumon, au moyen du canal artériel dans lequel il passe lors de ses contractions, et qui va de cette artère à l'aorte inférieure. Cependant, à mesure que la grossesse avance, le trou de Botal et le canal artériel se rétrécissent, et il arrive plus de sang aux poumons, en sorte que le mode de circulation propre au fœtus éprouve des modifications pendant le cours de la grossesse.

D'après la disposition que je viens de faire remarquer, les artères et les veines deviennent continues dans le fœtus comme dans les reptiles, par le trou de Botal et le canal artériel; comme chez les reptiles les deux espèces de sang se mêlent chez le fœtus; en sorte que l'on pourroit regarder le cœur comme simple chez le fœtus, parce que chez lui les deux cavités communiquent.

Lorsque le sinus des veines pulmonaires (oreillette gauche) se contracte, il pousse dans le ventricule aortique le sang qu'il a reçu, soit de la veine cave inférieure, soit des veines pulmonaires. Le ventricule aortique le distribue ensuite dans toutes les parties du corps, et même dans le poumon pour sa nutrition, mais de manière que le sang poussé par la contraction du ventricule aortique gagne principalement les parties supérieures, tandis que celui qui a été transmis dans l'aorte pectorale par le canal artériel, passe aux parties inférieures; ce qui fait que le sang circule dans le fœtus par la force réunie des deux ventri-

cules, et que le cercle qu'il parcourt dans sa circulation représente un 8 de chiffre. En effet, le sang qui revient des parties inférieures et du placenta gagne les parties supérieures, tandis que celui des parties supérieures est distribué à l'abdomen et aux membres abdominaux. Le sang qui se porte au cerveau du fœtus est le plus pur, puisqu'il vient immédiatement du placenta et de la mère; tandis que celui que le canal artériel verse au-dessous de la crosse est un sang veineux qui revient de la tête et des membres thoraciques, ce qui aide à concevoir pourquoi la tête est plus volumineuse chez le fœtus dans les premiers mois que le reste du corps; pourquoi, avant la naissance, l'accroissement des parties supérieures est plus rapide que celui des autres parties du corps. Elles reçoivent une plus grande quantité de sang qui est en même temps plus chargé d'oxigène.

Dans le fœtus, le cercle que parcourt le sang porté par l'aorte abdominale s'étend jusqu'au placenta. Les artères ombilicales, qui sont une continuation des artères iliaques, ramènent au placenta une partie du sang qui y avoit été pompé par les radicules de la veine ombilicale.

Telle est la manière dont s'exécute la circulation du sang chez le fœtus, jusqu'au moment de l'accouchement et jusqu'à celui où il vient au monde; car elle éprouve de grands changemens dans ces deux instans. Au moment et pendant le travail de l'enfantement, ils dépendent des contractions de la matrice. Au moment de la naissance, ils reconnoissent pour cause la respiration qui s'établit chez l'enfant. Le changement qui arrive dans ce dernier moment dans la circulation n'est cependant pas aussi grand qu'on l'a cru pendant long-temps, avant qu'on eût étudié les modifications progressives qu'elle éprouve par le rétrécissement du trou de Botal et du canal artériel. Plus la grossesse est avancée, plus il arrive de sang aux poumons; en sorte que, dans le fœtus de neuf mois, la circulation se fait, à peu de chose près, comme chez l'adulte.

Changemens que produisent le travail de l'enfantement et la respiration dans la circulation du sang qui a lieu de la mère à l'enfant.

En parlant des changemens qu'éprouve la matrice pendant la grossesse, j'ai fait voir que ses vaisseaux acquéroient plus de rectitude, que leur calibre augmentoit, et que par conséquent il y circuloit, dans un temps donné, une plus grande quantité de sang, et que ces trois phénomènes étoient d'autant plus sensibles que le terme de la grossesse étoit plus reculé.

Lorsque la matrice fait effort pour expulser l'enfant, sa contraction est toujours accompagnée d'une diminution dans la capacité de ce viscère. Les vaisseaux sont comprimés, diminuent de calibre, et laissent échapper une plus petite quantité de sang, et par un mouvement plus lent. Aussi, s'il existe une perte chez la femme, on s'aperçoit qu'elle diminue à chaque contraction de la matrice. La diminution de l'hémorrhagie utérine est en raison directe de la force des contractions et du degré de réduction qui survient dans la matrice.

Si on suit les phénomènes qui se passent pendant le travail de l'accouchement, il est facile de voir que l'on a deux moyens d'arrêter les pertes : le premier consiste à augmenter les contractions de la matrice. Si la perte continuoit malgré les efforts que l'on auroit faits pour ranimer les douleurs languissantes, l'autre moyen seroit de faciliter la réduction de la matrice sur elle-même, en éloignant les obstacles qui s'opposent au resserrement de ses fibres et au rapprochement de ses parois. Pour cela on évacue les eaux, on va chercher l'enfant, et on délivre la femme. Quoique, par ces procédés, on n'augmente pas les forces contractiles de l'utérus, on a un espoir plus fondé que l'hémorrhagie s'arrêtera, parce que tout étant égal d'ailleurs, ce viscère, après une déplétion opérée graduellement, se resserre davantage sur lui-même.

Les changemens produits dans la circulation pendant les efforts de l'accouchement ne se bornent pas à la matrice, ils

s'étendent encore au placenta et au fœtus lui-même. Il arrive un moment où les contractions de la matrice sont tellement intenses, que les cellules du placenta sont comprimées d'une part contre la matrice, et de l'autre contre le corps de l'enfant : elles ne peuvent plus recevoir le sang des artères utérines, ni celui qu'apportent les artères ombilicales. Celui des artères utérines est repris par les veines de la matrice, tandis que celui de l'enfant passe des artères ombilicales dans la veine ombilicale, par le moyen des communications nombreuses qui existent entre ces deux genres de vaisseaux.

On pense communément que le sang revient alors à l'enfant pour la première fois sans s'être mêlé dans le placenta avec celui de la mère. Je crois que dans tous les temps il existe une plus ou moins grande quantité du sang apporté par les artères ombilicales, qui n'est pas versée dans les cellules du placenta, mais qui passe dans la veine du même nom, au moyen des communications immédiates qui existent entre elles, et que par conséquent il se fait une petite circulation du fœtus à lui-même lorsqu'il est encore renfermé dans le sein de sa mère.

Toutes les fois que la compression est assez forte pour intercepter le passage du sang des artères utérines dans les cellules du placenta, cet état ne peut pas durer long-temps sans que l'enfant en soit victime ; outre que la quantité de sang qui lui est rapportée est moindre, il n'est pas vivifié par celui de la mère, qui lui rend les qualités nutritives qu'il a perdues pendant la circulation. On doit s'occuper de hâter la terminaison de l'accouchement en assouplissant le col qui résiste trop à sa dilatation, ou extraire l'enfant si l'on craint qu'il périsse pendant la durée des efforts qui deviendroient nécessaires pour opérer son expulsion spontanée.

La compression et l'affaissement des cellules du placenta peuvent être portés au point d'intercepter le passage du sang des artères ombilicales dans la veine, ou bien le cordon ombilical peut se trouver comprimé par la tête contre le rebord du bassin. La circulation qui se fait du fœtus à lui-même ve-

nant à cesser dans ces cas, les dangers pour l'enfant deviennent plus grands, et sont proportionnés à la force et à la longueur de la compression. On a peut-être exagéré les dangers de la compression du cordon, en avançant que quelques instans suffisent pour occasionner la mort du fœtus. Quoique la circulation soit suspendue un instant, de l'une ou de l'autre manière, je ne pense pas que l'enfant doive nécessairement périr sur-le-champ. Dans l'asphyxie et dans la syncope, la respiration et la circulation, qui sont quelquefois suspendues, peuvent cependant être mises de nouveau en jeu par un usage assidu des stimulans. Il est probable qu'il en est de même chez le fœtus lorsqu'il naît dans un état de mort apparente, qui est une vraie syncope, à raison de la compression qui intercepte le cours du sang dans le cordon ombilical. L'irritabilité peut exister encore malgré cette mort apparente, et il suffit d'irriter pour remettre en jeu toutes les fonctions de la vie. Deventer, Rœderer, Levret ont reconnu qu'il seroit difficile de déterminer d'une manière précise combien peut durer la compression du cordon ombilical sans donner la mort à l'enfant; mais ils regardent comme certain qu'une compression long-temps continuée le fait périr.

Il arrive un instant où il n'existe plus de communication entre le placenta et la matrice, ni entre le placenta et l'enfant. Il résulte de là que l'on ne peut pas espérer de ranimer les enfans qui naissent dans un état de foiblesse, en les laissant auprès de leur mère sans couper le cordon ombilical, puisque le sang ne peut plus parvenir de la matrice dans le placenta s'il n'existe pas un état d'inertie. Si la communication existoit encore de la matrice au placenta après l'accouchement, on verroit le sang couler par la section pratiquée sur le cordon : cependant on observe tous les jours le contraire. Lorsque je traiterai de la syncope des enfans nouveau-nés, je ferai voir que s'il est vrai que l'on ait réussi à sauver des enfans qui naissoient dans un état de stupeur, en les plongeant dans un bain chaud pendant que le cordon est encore entier, qui ne l'eussent pas été si on l'avoit coupé, ce bienfait dépend uniquement de ce

que la circulation se ranime dans le placenta par l'action du calorique, et se propage jusqu'à l'enfant.

Si l'on coupe le cordon ombilical, il s'écoule peu de sang, dans l'ordre naturel, de l'une et l'autre extrémité produite par cette section. Si la matrice se contracte, la veine ombilicale ne répand qu'une ou deux cuillerées de sang; mais si la matrice ne revient pas sur elle-même immédiatement après l'accouchement, au lieu du foible dégorgement dont je viens de parler, le sang s'écoule quelquefois en abondance si le placenta conserve encore ses adhérences. La perte dure pendant tout le temps que la matrice reste dans l'inertie, et est proportionnée à son intensité. L'indication que présente cet écoulement, qui reconnoît pour cause l'atonie de l'utérus, consiste à ranimer sa force contractile qui est assoupie.

La portion du cordon qui tient à l'enfant ne fournit aussi qu'une très-petite quantité de sang, si l'enfant respire immédiatement après être sorti du sein de sa mère. Il résulte de là que le moyen le plus simple d'arrêter une hémorrhagie par le cordon ombilical qui seroit occasionnée par son déchirement fort avant dans l'abdomen, seroit de s'occuper d'établir la respiration sans chercher à placer une ligature, qui devient inutile si cette fonction s'exécute avec régularité. Mais si l'enfant ne respire pas encore, ou si une cause quelconque suspend la respiration après qu'elle s'est établie, le sang coule par les artères ombilicales jusqu'à ce que cette fonction s'exécute avec facilité.

Dès que l'enfant a respiré, ce qui arrive plus tôt chez certains enfans que chez d'autres, il se passe chez lui deux phénomènes étonnans dont il est impossible de rendre raison : l'un est la cessation subite du passage du sang par le canal artériel et par le trou de Botal pour se rendre dans les poumons, auxquels tout le sang qui prenoit l'une ou l'autre de ces voies étoit soustrait, et l'autre est le défaut d'afflux du sang dans les artères ombilicales. Tout ce que l'on sait, c'est qu'ils dépendent de la respiration, puisque le sang coule librement dans ses canaux jusqu'à ce que cette fonction soit établie, et qu'il cesse d'y couler

lorsqu'elle s'exécute. On voit même le sang reprendre son cours par les artères ombilicales si un maillot trop serré, des cris aigus que pousse l'enfant suspendent pendant quelque temps après la naissance la respiration. On peut produire le même effet en comprimant la poitrine avec la main, et en empêchant sa dilatation. Cette expérience démontre combien il est important que l'élévation et l'abaissement alternatifs de la poitrine puissent s'opérer avec toute l'aisance possible pour que les changemens qui doivent avoir lieu dans la circulation s'établissent.

Toutes les fois que la respiration est gênée après la naissance par une cause quelconque, le sang s'échappe par les artères si elles ne sont pas liées, ou il se porte vers le cerveau si la ligature a été faite, et l'enfant meurt apoplectique. Le sang qui tend à s'échapper avec force par le cordon le soulève et l'agite sur l'abdomen.

De la Nutrition du Fœtus.

C'est un fait démontré et avoué de tous les physiologistes, que le fœtus tire sa nourriture de sa mère. On peut seulement disputer sur la nature des fluides qu'elle lui fournit, et sur la manière dont ils lui sont transmis. Que les fluides épanchés dans le placenta, ou que les eaux de l'amnios servent à nourrir le fœtus, il est toujours vrai de dire qu'il tire sa nourriture de sa mère, puisque le placenta reçoit ses sucs de la matrice, et que les eaux de l'amnios ont aussi, en dernière analyse, la même source. Soit que l'on prétende que le fœtus se nourrit par le cordon ombilical, par la bouche ou par les pores de la peau, c'est toujours la mère qui a fourni les fluides, quoique leur nature et le mode de transmission ne soient plus les mêmes.

C'est encore une vérité qui n'est plus contestée par les physiologistes, que le fœtus tire, au moins en partie, sa nourriture par le cordon ombilical. Le mode de circulation proposé par Schreger, qui confie l'absorption à des vaisseaux lymphatiques qui du placenta se rendent au canal thoracique, en sui-

vant le trajet du cordon, ne fait pas exception à cette proposition générale.

Il est encore certain que les fluides que pompent les radicules de la veine ombilicale, ou bien les vaisseaux lymphatiques, si l'on admet la théorie de Schreger, sont fournis par la mère, puisque les cellules du placenta en sont gorgées à une époque où le fœtus est à peine ébauché. Mais ce qui démontre jusqu'à l'évidence que le placenta ne reçoit pas du fœtus les fluides qui remplissent ses cellules, c'est que cette masse continue quelquefois de croître et abonde en fluides, quoique le produit de la conception n'existe plus. La coloration en rouge des os du fœtus lorsqu'on donne de la garance aux femelles des quadrupèdes pendant la gestation, est une preuve incontestable que le placenta reçoit de la matrice le sang et les humeurs qu'il transmet au fœtus.

L'hémorrhagie par le cordon ombilical, le placenta étant encore adhérent, cause quelquefois la mort de la femme : elle ne souffriroit pas de cette perte si le sang qui s'écoule par le cordon n'étoit pas fourni par la matrice. L'hémorrhagie utérine fait en même temps périr le fœtus si elle est grave : il n'en éprouveroit aucune atteinte si la matrice ne lui fournissoit pas de fluides. Les exemples qui apprennent qu'à l'ouverture des cadavres on a trouvé les vaisseaux du placenta, du cordon, du fœtus parfaitement remplis, tandis que ceux de la matrice étoient vides, ne prouvent pas que ces organes ne reçoivent pas leurs fluides de la matrice; mais seulement que dans ces cas particuliers les ramifications des artères ombilicales, les cellules du placenta n'ont pas concouru à augmenter l'hémorrhagie. L'enfant meurt alors plutôt parce que le sang qu'il reçoit n'est pas vivifié par celui de la mère, que parce que sa quantité est diminuée.

La communication qui a lieu de la matrice au placenta se fait-elle seulement par des fluides séreux, comme le prétend Schreger? On ne peut pas nier que le sang ne passe, au moins en partie, en nature, des artères utérines dans les cellules du placenta. Les pertes qui accompagnent toujours le décolle-

ment du placenta d'avec la matrice, à quelque terme de grossesse que cet accident arrive, prouvent que le sang rouge circule, au moins en partie, de la mère au fœtus.

Si les physiologistes sont d'accord sur l'existence d'une circulation sanguine de la matrice dans le placenta, ils se partagent d'opinion quand il s'agit de déterminer comment elle se fait, et dans quel rapport elle se trouve avec celle du fœtus. On peut réduire leurs opinions sur ce point de doctrine à deux principales. Les uns soutiennent que la circulation qui se fait de la mère à l'enfant est immédiate, d'autres qu'elle est seulement médiate.

On ne peut pas admettre une circulation immédiate de la mère à l'enfant : par circulation immédiate, on doit entendre celle qui se feroit par le moyen d'anastomoses entre les artères utérines et les racines de la veine ombilicale, entre les artères ombilicales et les veines de la matrice. La théorie de l'anastomose directe des vaisseaux utérins avec ceux du placenta ne compte presque plus aujourd'hui de défenseurs. Les expériences de Hunter paroissent prouver que le sang est seulement déposé par les artères utérines dans les cellules du placenta. Il a fait voir qu'en injectant la matrice, on ne peut pas injecter la totalité de cette masse. Pour y réussir, il faut pousser en même temps l'injection par les vaisseaux de la matrice et par le cordon ombilical.

Haller, Walter, Wrisberg, Meckel fils, Schreger, qui ont répété ces injections, ont aussi reconnu qu'il ne passe pas la moindre matière des vaisseaux de la mère dans ceux du fœtus : en sorte que M. Meckel fils convient que l'exemple dans lequel son père paroît avoir réussi à faire passer la matière injectée des vaisseaux de la matrice dans ceux du fœtus, a besoin, pour être admis, d'être confirmé par de nouvelles expériences qui paroissent, au contraire, prouver contre.

Cette opinion sur le mode de circulation de la mère à l'enfant, émise par Hunter, paroît rigoureusement prouvée par la pièce anatomique que présenta à l'Académie de Chirurgie de Paris M. Ant. Dubois, aujourd'hui professeur de l'Ecole de

Médecine de la même ville, et dont on trouve les détails dans la Médecine éclairée par les Sciences physiques, rédigée par M. Fourcroy.

Une matrice pleine d'un enfant de sept mois et demi, injectée par l'artère crurale, fut montrée à l'Académie de Chirurgie par M. Dubois.. « On a vu à la surface interne de la matrice une infinité d'artérioles très-flexueuses, lesquelles s'élevoient de cette surface pour s'enfoncer dans la substance spongieuse du placenta ; quelques-unes ont pu être suivies pendant deux lignes de longueur depuis qu'elles avoient quitté la matrice. Toutes aboutissoient à une espèce d'infiltration qui s'étoit formée, non dans les sillons, mais dans l'épaisseur des lobules du placenta. Aucune n'alloit à la surface interne de cette masse. Les vaisseaux qui s'élevoient de cette surface interne ne contenoient aucune parcelle d'injection. » On voit par cette pièce que la circulation entre la mère et le fœtus n'est pas immédiate, et que les parties fœtale et utérine du placenta sont seulement entre-mêlées, sans communiquer ensemble.

Si les vaisseaux de l'utérus se continuoient avec ceux du placenta, leur déchirement, qui seroit une suite nécessaire de l'accouchement, pourroit occasionner des hémorrhagies et de l'inflammation. Les pulsations du cordon ombilical ne sont jamais isochrones avec le pouls de la mère, tandis qu'elles devroient l'être si la circulation étoit immédiate.

Une expérience tentée par M. Chaussier sur une femme morte au septième mois de la grossesse, dans laquelle on voit que du mercure injecté dans la veine ombilicale avoit passé en plus ou moins grande quantité dans les veines utérines, et qui se trouve consignée dans le vol. XXIX du Journal de Médecine, janvier 1814, semble cependant favorable à l'opinion de ceux qui admettent une circulation immédiate. Il assure que le résultat a toujours été le même dans divers cas analogues.

Je crois que, dans les premiers momens de la grossesse, les radicules de la veine ombilicale, qui paroissent faire l'office de vaisseaux absorbans, ne puisent que des fluides blancs et ténus qui paroissent plus appropriés aux besoins du fœtus et

au diamètre de ces radicules. Le volume des globules rouges me paroît trop considérable pour que le sang puisse parvenir en nature jusqu'au fœtus dans les premiers momens de la conception. A mesure que la grossesse avance, les radicules augmentent de calibre, et pompent des fluides de plus en plus chargés de principes nutritifs jusqu'à ce qu'ils puissent charrier le sang en nature.

Le sang déposé dans les cellules du placenta y éprouve-t-il une altération de la part de cet organe avant d'être pris par les racines de la veine ombilicale ? Les physiologistes ne sont pas d'accord sur ce point. Les uns considèrent le placenta comme un simple moyen d'union entre la mère et le fœtus ; d'autres, dont M. le professeur Chaussier a embrassé l'opinion, soutiennent que le placenta n'est pas une masse inerte, qu'il jouit d'une action qui lui est propre, en vertu de laquelle il assimile à la substance du fœtus les sucs trop animalisés de la mère. Plusieurs auteurs pensent que cette masse remplit chez le fœtus les fonctions du poumon chez l'adulte, et l'ont nommée *poumon-physiologique du fœtus*. Le placenta ne peut pas être comparé au poumon, en ce sens qu'il serviroit, comme ce dernier, à changer le sang noir en sang rouge. Il paroît que chez le fœtus le stimulus produit par le sang noir suffit pour exciter l'action du cœur et des autres organes. Le sang est renouvelé dans le placenta comme l'air l'est dans les poumons.

S'il y avoit une analogie entre les fonctions du poumon et celles du placenta, le sang que la veine ombilicale porte au fœtus devroit être d'un rouge plus vermeil que celui des artères. Cependant les expériences de M. Antenrieth (1) prouvent que la couleur du sang est la même dans la veine et dans les artères. Il a aussi remarqué que la chaleur propre au fœtus étoit moindre que celle de la mère. Le thermomètre appliqué sur le corps de la mère marquoit une température de trente degrés, tandis qu'appliqué sur l'enfant il ne montoit qu'à

(1) *Dissertatio sistens experimenta circa calorem fœtûs et sanguinem ipsius instituta.* Tubing, 1799.

vingt-sept degrés. Ce qui est encore plus étonnant, c'est que ces mêmes observations prouvent que la chaleur des fœtus morts surpasse d'un degré celle des fœtus vivans. On peut expliquer pourquoi la température du fœtus est inférieure à celle de la mère, ainsi que l'ont appris les expériences de M. Antenrieth, en se rappelant que le sang de la veine ombilicale passe en grande partie dans le foie, dans lequel il perd une portion de son calorique, qui est employée à une sécrétion.

Des faits bien positifs prouvant que le sang passe en nature de la matrice dans le placenta, on ne peut pas lui attribuer, avec d'autres, pour usage de faire l'hématose, et le considérer comme l'organe de la sanguification chez le fœtus.

Le plus grand nombre pense que le sang du fœtus reçoit, de la part de celui de la mère, l'oxigène et les autres principes dont il a pu se dépouiller pendant la circulation, et qu'il se débarrasse de l'hydrogène et du carbone dont il se charge en circulant, parce que le sang que charrient les artères ombilicales est déposé dans les cellules du placenta, où il est pompé par les veines de la matrice. Ce dernier point est cependant contesté par plusieurs physiologistes. Schreger, M. Lobstein, pensent qu'aucune portion du sang n'est épanchée dans le parenchyme du placenta, que les deux espèces de sang ne se mêlent pas. Le premier soutient que le sang apporté par les artères ombilicales se débarrasse d'une certaine quantité d'hydrogène et de carbone, dont la présence lui communiquoit une couleur plus obscure par la transsudation séreuse qui a lieu par les extrémités de ces vaisseaux. Le second enseigne que ce n'est qu'à travers les parois même des vaisseaux ombilicaux que le sang de la mère peut communiquer à celui du fœtus un principe subtile et vivifiant, de la même manière que l'air agit sur le sang apporté aux poumons à travers les parois des vaisseaux pulmonaires. Je ne chercherai pas à déterminer quelle est la nature de ce principe. M. Lobstein pense qu'il consiste peut-être seulement dans une communication de calorique, en sorte qu'il établit un parallèle entre l'usage des poumons et celui du placenta, sous le rapport de la calorification.

M. Fourcroy pense que si le sang artériel apporté au fœtus par la veine ombilicale se dépouille, avant de lui être transmis, de quelques principes, comme l'hydrogène et le carbone dont il a pu se charger en traversant les vaisseaux de la mère et les cellules du placenta, il est probable que c'est dans le foie, qui reçoit la majeure partie de celui qu'elle a apporté, que s'opère cet échange propre à revivifier ce sang. Schreger, M. Lobstein, admettent aussi qu'il se fait dans le foie une dépuration du sang, en sorte que dans cette opinion le foie remplit les fonctions dont les poumons seront chargés après la naissance. M. Fourcroy fait valoir, en faveur de ce sentiment, le volume du foie qui, chez l'enfant qui vient de naître, remplit la plus grande partie de la cavité abdominale.

Parmi ceux qui admettent que le cordon est la voie principale qu'emploie la nature pour nourrir le fœtus, il en est qui pensent qu'elle n'est pas la seule, et qu'il se nourrit en partie par les pores de la peau ou par la bouche. On cite un certain nombre d'exemples d'enfans venus au monde sans cordon ombilical, ou avec un cordon dont les vaisseaux ombilicaux étoient oblitérés, que M. Thouret a rassemblés dans un Mémoire où il cherche à établir que la compression du cordon ombilical n'est pas aussi dangereuse qu'on le croit communément. Littre rapporte avoir vu un enfant venir au monde bien portant, quoique le cordon ombilical fût rupturé depuis long-temps, puisque les deux extrémités étoient parfaitement cicatrisées. Si ces exemples sont réels, la nutrition n'ayant pu avoir lieu par le cordon ombilical, elle n'a pu s'opérer que par la voie de la déglutition ou par celle de l'absorption.

Beaucoup d'auteurs ont embrassé l'opinion d'Alcmaeon de Crotone, qui pensoit que le fœtus se nourrit par les pores de la peau. Elle a été admise par Kaau-Boerhaave, Levret, Buffon, mais combattue par Haller. Ils apportent les mêmes argumens dont on se sert pour établir l'absorption cutanée chez les adultes. On a fait contre ce sentiment une objection qui n'est applicable qu'au fœtus. On prétend que l'enduit gras qui recouvre la peau doit s'opposer à l'absorption par la surface. Cet enduit

occupe rarement toute la surface du corps, et il n'a lieu que dans les derniers mois de la grossesse. La viscosité des eaux de l'amnios ne peut pas s'opposer, comme l'a objecté Haller, à ce qu'elles puissent être absorbées, puisque des humeurs beaucoup plus onctueuses, comme celles contenues dans les capsules synoviales, sont absorbées.

On a fait deux objections fondamentales contre l'opinion de Haller, qui admet que le fœtus tire une partie de sa nourriture par la bouche, en avalant la liqueur de l'amnios. L'une se tire du défaut de respiration, sans laquelle on croit que la déglutition est impossible, et l'autre du manque de vide. Les auteurs qui prétendent que la déglutition est inséparable de la respiration, hasardent gratuitement une supposition qu'ils ne peuvent prouver par aucun fait. Si la déglutition suppose l'élévation du pharynx et du larynx, elle peut avoir lieu sans être aidée par l'action des organes de la respiration. La contraction des muscles attachés au pharynx et au larynx peut élever ces parties, quoique leur action ne puisse pas contribuer à la respiration. M. Béclar a publié, dans le Bulletin de la Faculté et Société de Médecine, vol. XXVIII du Journal de Médecine, des recherches qui semblent prouver que le fœtus respire l'eau contenue dans l'amnios. Pour s'assurer si le liquide dont on trouve la trachée-artère et les bronches remplies lorsqu'on examine un fœtus né mort, étoit l'eau de l'amnios, il a injecté de l'eau colorée en noir par de l'encre par une petite ouverture de l'amnios d'un fœtus de chienne. Au bout de quelques heures, il a lié le cou du fœtus qui vivoit encore, et il a trouvé de l'eau noire dans la trachée-artère et les bronches. Mais existe-t-il une action chimique entre l'eau de l'amnios et le sang qui traverse les poumons?

On ne peut douter que les phénomènes mécaniques de la respiration n'existent chez le fœtus. Dans les accouchemens par les pieds, on voit distinctement des mouvemens d'inspiration très-marqués, quoique la tête, le col et les membres supérieurs soient encore contenus dans la matrice et le vagin.

Les partisans de la déglutition sont embarrassés pour assi-

gner les causes qui peuvent déterminer le liquide à s'introduire dans la bouche, puisqu'il n'y a point de pression de la part de l'air. Les uns prétendent que la pression qui force le liquide à s'élever contre son propre poids, pour parvenir dans la bouche, est exercée par les muscles abdominaux et le diaphragme lorsqu'ils se contractent; d'autres pensent que les mouvemens variés du fœtus qui agitent le fluide sont la vraie cause qui le déterminent, à raison de cette impulsion, à s'introduire dans les ouvertures, soit de la bouche, soit des narines.

S'il n'est pas démontré que la déglutition soit impossible chez le fœtus, ainsi que l'ont prétendu les adversaires de Haller, les raisons qu'il fait valoir pour l'établir ne sont pas non plus péremptoires.

C'est une loi générale, dit-il, de l'économie animale, que tous les canaux dans lesquels il ne coule point de fluides s'oblitèrent promptement. C'est ce que l'on voit arriver aux artères ombilicales, au canal artériel, au canal veineux, quoiqu'ils soient d'un calibre assez considérable, lorsque le sang cesse d'y passer au moment de la naissance. Les cavités osseuses elles-mêmes se resserrent en vertu de leur force tonique, lorsque la cause qui les distendoit n'existe plus. Comment concevoir que les vaisseaux lactés et les glandes lymphatiques du mésentère, dont le calibre est si petit, puissent le conserver s'il n'y coule aucun fluide pendant neuf mois? La parité n'est pas parfaite. Les vaisseaux lactés absorbent la partie la plus liquide des fluides muqueux versés à chaque instant à la surface interne des intestins.

Cette matière excrémentitielle, connue sous le nom de *méconium*, que l'on rencontre dans tous les enfans, et que plusieurs physiologistes attribuent à la rétention des fluides muqueux versés à la surface interne du canal intestinal, est donnée par Haller comme une preuve que les eaux de l'amnios passent dans l'estomac du fœtus pour y être digérées comme les alimens chez les adultes. L'une et l'autre de ces opinions sur la formation du méconium paroissent appuyées sur des faits qu'on ne peut pas révoquer en doute : ce qui sembleroit

indiquer qu'aucune d'elles ne peut être admise exclusivement. On a vu des fœtus nés avec la bouche fermée chez lesquels on a trouvé du méconium. Ces faits sont plus nombreux et mieux prouvés que ceux où l'on dit que des fœtus sont venus au monde sans cordon. Dans ces cas, le méconium qui engorge le canal intestinal doit nécessairement être fourni par les fluides muqueux versés à sa surface interne.

On a plusieurs observations qui apprennent qu'après que les eaux de l'amnios s'étoient écoulées en totalité, l'enfant, qui a encore séjourné pendant long-temps dans la matrice, n'a pas pour cela perdu la vie. Bartholin raconte l'histoire d'un fœtus qui étoit encore vivant, quoique la liqueur de l'amnios se fût déjà écoulée depuis plus d'un mois. Les fœtus acéphales acquièrent un accroissement considérable dans le sein de leur mère, et présentent du méconium dans les intestins, quoiqu'ils soient privés des organes de la déglutition.

Dans une conformation vicieuse dont M. Pied a donné les détails dans le Journal de Médecine (frimaire an 10), on voit que le duodenum, vers sa fin, étoit entièrement séparé de l'estomac. Cependant le reste du tube intestinal étoit rempli de méconium à la formation duquel ni les eaux de l'amnios ni la bile n'avoient concouru en rien.

Le fait rapporté par M. Desgranges, qui pratiquoit alors la médecine dans la Suisse, semble prouver que le méconium qui s'amasse dans les gros intestins ne peut pas être regardé uniquement comme le résultat de la sécrétion du mucus intestinal. Les intestins grêles étoient entièrement séparés des gros intestins. On n'a trouvé de méconium que dans la portion du canal qui étoit continue avec l'estomac. Les gros intestins étoient rétrécis par la nullité de leurs fonctions. Le colon avoit seulement le volume d'un ver lombric. Cette portion, qui n'avoit aucune communication avec l'estomac, ne contenoit pas un atome de méconium.

Lorsqu'on a rencontré des rétrécissemens du canal intestinal à l'ouverture des enfans morts avant de rendre le méconium, on n'en a point trouvé au-dessous du lieu resserré. Si le resser-

rement existoit au pylore, comme dans le cas cité par M. Dubois, l'estomac seul contenoit cette matière excrémentitielle. Mais on devroit en trouver au-dessous du lieu resserré, si le méconium étoit uniquement produit par la sécrétion de la membrane muqueuse du canal intestinal. Répondre avec M. Vauquelin, que dans le fait cité par M. Dubois à ses élèves, la cloison n'a dû se former que postérieurement au refoulement du méconium dans l'estomac, parce que cet excrément contient de la bile, c'est chercher à éluder la conclusion que l'on peut tirer d'un fait, en y substituant le produit de son imagination. On n'a pas prouvé par l'analyse que, dans ce cas, cette matière excrémentitielle contenoit de la bile.

L'analyse que M. Vauquelin a donnée du méconium démontre la présence de la bile dans cet excrément. Mais on n'est pas pour cela autorisé à conclure que les eaux de l'amnios ne concourent pas à sa formation. Quoique ce liquide ne contienne pas de bile, elle peut s'y mêler en coulant dans le canal intestinal, comme cela doit avoir lieu pour les fluides muqueux versés dans cette cavité, à l'accumulation desquels on attribue le plus communément la formation du méconium.

Des Dimensions de la Tête de l'Enfant au moment de la naissance.

L'accoucheur n'auroit qu'une connoissance imparfaite de l'enfant, relativement au travail de l'enfantement, s'il n'étoit pas instruit des mouvemens dont ses différentes parties sont susceptibles, ainsi que de leur direction et des bornes que la nature a mises à chacun d'eux. Je n'entrerai point dans le détail de ceux que peuvent permettre la structure du tronc et celle des membres, quoique cette connoissance soit essentielle à l'accoucheur dans quelques circonstances : je la suppose acquise par l'étude de l'anatomie. D'ailleurs, je rappellerai au besoin les dispositions particulières que peuvent présenter ces parties, et qu'il seroit dangereux de perdre de vue dans les manœuvres que l'on doit exercer pour faciliter la naissance de l'enfant. Je me bornerai dans le moment à faire con-

noître la structure et les dimensions de la tête, parce que l'anatomiste ne la considère pas sous le rapport des accouchemens. Elle est la partie la plus importante à connoître de toutes celles de l'enfant, parce qu'elle est la plus solide et la plus volumineuse, et parce qu'elle se présente presque toujours la première à l'orifice, et qu'elle est la seule qui oppose de la difficulté pour franchir les détroits.

La tête est composée de plusieurs pièces osseuses, unies par des parties membraneuses qui leur permettent de se rapprocher ou de s'éloigner. C'est à cette disposition et à la souplesse des os du crâne qu'est due la faculté dont jouit la tête de se mouler à la figure du bassin dans des accouchemens laborieux. On reconnoît dans le crâne deux parties très-distinctes, la voûte et la base. La propriété qu'a la tête d'être déprimée dans un accouchement laborieux dépend uniquement de la réduction de la voûte osseuse, qui a plus de largeur que la base. La voûte osseuse du crâne ayant plus de largeur que sa base, il est hors de doute que le rapprochement des os qui la composent peut faciliter l'accouchement en diminuant le volume de la tête. Les avantages qui peuvent résulter de l'aplatissement de la voûte osseuse pour favoriser l'accouchement sont si évidens, qu'ils sont avoués par tous les accoucheurs; mais plusieurs n'ont pas connu jusqu'à quel point ils peuvent s'étendre. En convenant de l'utilité de cette réduction, ils ne s'accordent pas sur l'étendue des avantages qu'on doit lui attribuer.

Les uns ont cru que la tête n'étoit susceptible que d'une très-petite réduction; d'autres, au contraire, ont pensé que l'étendue et la multiplicité des espaces membraneux pouvoient permettre à la tête de s'aplatir d'une quantité considérable. M. Thouret me paroît être le premier qui se soit occupé avec succès de cette recherche dans un Mémoire intitulé : *Recherches sur les différens degrés de compression dont la tête du fœtus est susceptible.* Il a fait dans ce Mémoire l'application la plus heureuse des connoissances anatomiques à l'examen de cette question importante. La méthode qu'il propose pour parvenir à ce but est fondée sur l'anatomie, et consiste à s'assurer de la différence

de largeur la plus ordinaire entre la base et la voûte du crâne, en le mesurant transversalement. La plus grande largeur de la voûte osseuse se mesure entre les deux protubérances pariétales: c'est le diamètre transversal de la tête, ou le diamètre bi-pariétal. La plus grande largeur de la base du crâne se mesure d'un temporal à l'autre, vers la base de la portion écailleuse, à la racine de l'apophyse zygomatique: c'est le diamètre auriculaire. Il n'est pas susceptible de dépression; ce qui l'a fait encore nommer *diamètre fixe et immobile.*

En effet, la base du crâne est incompressible dans l'état naturel, quelqu'énergiques que soient les efforts expulsifs auxquels se livre la mère pour mouler la tête au passage. Elle est formée de parties si étroitement articulées, qu'elles paroissent comme soudées ensemble; d'où il résulte que l'âplatissement du crâne seroit en pure perte pour favoriser l'accouchement toutes les fois que, pour faire cesser la disproportion, il faudroit comprimer la voûte d'une quantité qui surpasse la largeur du crâne. On ne peut donc pas étendre les avantages de la réduction de la voûte osseuse au-delà de six ou sept lignes, qui est la quantité dont elle surpasse en largeur la base, qui ne peut pas être déprimée; car la largeur la plus ordinaire de la base est depuis deux pouces et demi jusqu'à trois pouces.

Quoiqu'en cherchant à assigner jusqu'à quel degré la compression du crâne peut être avantageuse pour favoriser l'accouchement, j'aie établi qu'elle ne peut contribuer à favoriser le passage de l'enfant en diminuant le volume de la tête au-delà de six à sept lignes, rarement huit, quantité qui donne la différence moyenne de largeur entre la voûte et la base du crâne, je n'en concluerai cependant pas que l'on ne peut abandonner à la nature le soin de l'accouchement que lorsque la disproportion n'est pas portée au-delà de six à sept lignes. Quoique cet aplatissement soit le seul qui puisse avoir lieu sans que la base du crâne ne dépasse celle de la voûte, on conçoit cependant que la tête peut franchir un détroit plus resserré par la manière avantageuse dont elle se présente. Comme je le dirai par la suite, lorsque la tête s'engage diagonalement, la plus grande largeur de la voûte

et de la base du crâne ne passe pas dans la direction du plus petit diamètre. Une partie de la disproportion est surmontée par ce rapport avantageux.

Il seroit important de faire des recherches, comme l'a reconnu M. Thouret dans son Mémoire, pour déterminer la différence qui existe entre la largeur de la voûte et de la base du crâne dans un fœtus de sept, de huit mois, pour savoir ce que l'on peut espérer de cet aplatissement à ce terme de grossesse. La différence est d'autant plus grande, que l'on se rapproche plus du moment de la conception.

La nature, en formant la voûte du crâne de différentes pièces qui sont séparées dans l'enfant par des espaces membraneux, n'a pas seulement eu pour but, suivant M. Thouret, de favoriser le passage de la tête de l'enfant, à la faveur de l'affaissement des os du crâne que procure cette disposition mécanique; cet auteur pense que, par la compression du crâne qui diminue le volume de la tête, la nature s'est encore proposé d'épargner à l'enfant le sentiment de la douleur dont il auroit ressenti vivement les impressions dans un travail laborieux, sans cette disposition particulière des os du crâne qui leur permet de se rapprocher. Les douleurs vives qu'auroit éprouvées l'enfant dans tous les accouchemens laborieux, s'il avoit joui pendant le travail de la sensibilité physique qu'il manifeste après la naissance, auroient pu donner lieu à des mouvemens convulsifs propres à produire la rupture de la matrice. Mais la nature, toujours sage, assoupit l'enfant pour lui épargner les douleurs qu'auroit causées sa sortie.

« Le rapprochement des os du crâne, dit M. Thouret, » leur croisement ne peuvent pas avoir lieu sans que sa cavité » naturelle ne perde de son étendue, et n'expose le cerveau » à une compression ». Or, la perte du sentiment et la cessation de tout mouvement volontaire, sont les effets constans et nécessaires de cette compression. Plus la pression exercée sur le cerveau est considérable, plus l'assoupissement est profond. Il est d'observation constante que toutes les fois que les os du crâne ont été déprimés de manière à chevaucher les uns

sur les autres, les enfans restent dans un état d'engourdissement après la naissance, jusqu'à ce que les os se soient rétablis.

La tête de l'enfant, quoique ovoïde, présente plusieurs régions que l'accoucheur doit apprendre à distinguer en les parcourant de l'extrémité du doigt. On doit distinguer cinq à six régions sur la tête, deux extrémités, quatre diamètres et deux circonférences.

Les régions de la tête sont le sommet ou synciput, la base (cette région ne peut se présenter qu'autant que la tête a été séparée du tronc par des tractions immodérées), les côtés, la face et la région de la nuque. Je remets à indiquer à quels signes on peut reconnoître que telle région de la tête se présente à l'orifice de la matrice, au moment où je traiterai de l'accouchement naturel par cette partie.

Des deux extrémités de la tête, l'une est postérieure et supérieure : on l'appelle *occiput;* l'autre est inférieure et antérieure : on l'appelle *menton.* Cette dernière est plus étroite et plus allongée que l'extrémité occipitale, qui est épaisse et arrondie.

Le plus grand des quatre diamètres de la tête s'étend de la symphyse du menton à l'occiput : on le nomme *diamètre oblique* à raison de sa direction, ou *diamètre occipito-mentonnier*, si on a égard à ses terminaisons. Sa longueur est de cinq pouces environ. Le diamètre moyen s'étend du milieu du front au haut de l'os occipital : on le nomme communément *diamètre longitudinal :* on l'appelle aussi quelquefois *diamètre antéro-postérieur, diamètre fronto-occipital.* Il est plus court que le diamètre oblique d'un pouce environ. C'est cependant de ce diamètre longitudinal que les accoucheurs entendent parler lorsqu'ils emploient l'expression de *grand diamètre*, sans aucune désignation particulière. En effet, c'est presque toujours cette région qui se présente lorsque la tête avance par un grand diamètre : elle ne peut se présenter que rarement et avec difficulté par son diamètre oblique. La présence de ce diamètre à l'orifice suppose qu'elle est dans un état de renversement complet.

Le troisième diamètre passe du sommet de la tête à la base

du crâne : c'est le diamètre perpendiculaire ou basio-vertical. Le quatrième traverse la tête d'une protubérance pariétale à l'autre : on le nomme tantôt *diamètre transversal*, tantôt *diamètre bi-pariétal*. Ces deux derniers diamètres ont chacun trois pouces et demi. Cependant toutes les fois que l'on parle d'une manière indéterminée et absolue du petit diamètre de la tête, il est toujours question du diamètre transversal.

La grande circonférence de la tête passe sur le menton et la face, sur les deux fontanelles, sur le grand trou de l'os occipital et sur son tubercule. Elle passe aussi sur les extrémités des diamètres oblique, longitudinal et perpendiculaire. Son développement est depuis treize jusqu'à quinze pouces. La petite circonférence passe sur les côtés de la tête, sur les extrémités du diamètre transversal et sur le milieu du sommet de la tête et de la base du crâne. Elle a depuis dix jusqu'à onze pouces de développement.

Quand la tête s'allonge dans l'accouchement, c'est selon son diamètre oblique, c'est-à-dire de l'occiput au menton. Lorsque la tête s'allonge dans ce sens par les efforts de la nature, elle diminue ordinairement dans la même proportion d'un côté à l'autre. Quelquefois même elle diminue du sommet à la base.

L'allongement de la tête suivant le diamètre oblique, et sa réduction suivant le diamètre transversal, sont plus ou moins considérables, suivant le degré de souplesse des os du crâne et la largeur des sutures et des fontanelles; en sorte qu'une réduction moindre peut occasionner des accidens graves, et même la mort de l'enfant; tandis qu'une réduction beaucoup plus considérable ne sera accompagnée d'aucune lésion dangereuse du cerveau, pourvu que, dans le dernier cas, la tête soit souple, tandis que dans le premier elle étoit très-solide.

Les sutures, dont il reste à peine des traces dans l'adulte, sont très visibles dans le fœtus : elles sont membraneuses chez ce dernier. Les sutures qui méritent spécialement l'attention de l'accoucheur sont la suture médiane (sagittale), qui s'étend de la racine du nez à l'os occipital; la suture frontale et la suture lambdoïde. Les sutures temporales ne sont pas faciles à saisir

sur le fœtus, parce qu'elles sont recouvertes par les muscles temporo-maxillaires (crotaphytes).

On donne le nom de *fontanelle* à un espace considérable que laissent entre elles les intersections de deux sutures. L'endroit de l'union de la suture frontale avec la suture médiane porte le nom de *fontanelle antérieure*. Celui où se rencontrent la suture médiane et la suture lambdoïde s'appelle *fontanelle postérieure*. On trouve encore au bas de la suture lambdoïde des espaces membraneux assez apparens au tact, qu'il est important que l'accoucheur considère avec attention, parce qu'ils peuvent quelquefois lui en imposer sur la véritable situation de la tête. La fontanelle antérieure est formée par quatre angles et par quatre sutures. La fontanelle postérieure (bi-pariéto-occipitale) n'est formée que par trois angles osseux auxquels répondent trois branches de suture. Quelquefois cependant on peut rencontrer quatre angles et quatre sutures, parce que l'os occipital se trouve divisé en deux par la continuation de la suture médiane. Malgré la présence de quatre angles, on peut la distinguer de la fontanelle antérieure par la différence énorme qui existe entre l'espace membraneux de l'une et celui de l'autre. L'os occipital est plus épais, plus solide, et ne cède pas à la pression, comme le fait l'os frontal, qui est très-mince et flexible. Ce dernier signe est le plus sûr.

Quelques auteurs ont prétendu que la fontanelle antérieure étoit douée d'un mouvement pulsatif. Quand ce battement seroit réel, il ne seroit pas assez considérable pour produire dans cette fontanelle une tension alternative appréciable par le doigt de l'accoucheur. D'ailleurs, il est très-probable que ce mouvement que l'on remarque dans la fontanelle antérieure des nouveau-nés n'existe pas avant la naissance, et qu'il est produit par les cris que pousse l'enfant en venant au monde, et qui donnent lieu au refoulement du sang vers le cerveau. Si on examine attentivement ces pulsations, on voit qu'elles sont isochrones aux battemens du cœur, et quatre fois plus lentes que les mouvemens de la respiration.

La tête est articulée avec le tronc par une espèce de ginglyme

qui ne permet que de très-petits mouvemens, soit en avant, soit en arrière. Les mouvemens latéraux sont plus grands, et dépendent du mouvement combiné de toutes les vertèbres trachéliennes. Ce mouvement de pivot, quoique plus libre chez le fœtus que dans l'adulte, ne peut guère être porté au-delà d'un quart de cercle sans exposer la vie de l'enfant, parce que ce mouvement de rotation depend de la torsion du cou. Dans les accouchemens laborieux, on ne doit donc jamais exercer de manœuvre qui tendroit à faire décrire à la tête plus d'un quart de cercle. On peut porter le menton de la partie antérieure et moyenne du thorax jusque sur l'une ou l'autre épaule sans aucun inconvénient.

Pendant tout le temps que l'enfant est contenu dans le sein de sa mère, il est recourbé sur sa partie antérieure, la tête penchée sur la poitrine, ses bras ployés et appuyés sur le thorax, ses cuisses fléchies sur l'abdomen. Les genoux, qui sont écartés l'un de l'autre, montent jusqu'au menton, tandis que les talons sont rapprochés et appuyés sur les fesses. Cette attitude est naturelle au fœtus, et on la remarque dans l'embryon dès les premiers momens que l'on peut le distinguer dans la matrice. Non-seulement l'homme, mais encore tous les animaux la prennent dans l'état de repos. Hippocrate avoit remarqué que cette position étoit celle qui convenoit à l'homme dans l'état de santé lorsqu'il repose.

D'après la manière dont le fœtus est replié dans le sein de sa mère, il forme un corps ovoïde dont le grand diamètre est de dix pouces environ. C'est à raison de cette figure qu'Hippocrate l'a comparé à une olive renfermée dans un flacon. La longueur de ce diamètre surpasse de beaucoup ceux du bassin et ceux de la matrice d'avant en arrière, ou d'un côté à l'autre. Il est évident que l'enfant ne peut sortir du sein de sa mère qu'en présentant à l'orifice de la matrice une des extrémités de son grand diamètre; de même que l'olive ne peut pas sortir en travers du flacon, mais seulement en présentant l'une ou l'autre de ses extrémités. La tête est un corps solide, de forme ovoïde, qui ne peut également sortir que par l'une de ses extrémités.

ARTICLE IV.

De l'Accouchement.

S'il est un phénomène digne d'admiration, important à étudier pour le médecin, c'est sans doute l'acte par lequel s'exécute la naissance de l'homme qui, pour s'opérer avec régularité, exige le concours de diverses puissances qui conspirent toutes vers le même but. On donne à cette fonction le nom d'*accouchement :* elle est la plus pénible de toutes celles de l'économie animale, lors même qu'elle suit l'ordre naturel.

Si on juge de l'excellence d'un art par les avantages que l'on en retire, il me semble qu'il est prouvé qu'il n'en est aucun qui puisse l'emporter, sous ce rapport, sur l'art des accouchemens. Souvent, par son intervention, l'enfant ou la mère, et quelquefois tous les deux en même temps, sont soustraits à une mort prématurée. En effet, si la femme est secourue à temps par un accoucheur instruit dans son art et suffisamment versé dans les connoissances médicales, il peut facilement remédier au plus grand nombre des obstacles qui peuvent survenir pendant la durée du travail.

On doit distinguer l'art d'accoucher de l'accouchement. L'art des accouchemens est cette partie de la médecine qui apprend à administrer aux femmes, pendant le travail, les secours que réclame leur état. Considéré sous ce rapport, cet art est une véritable science qui est autant du domaine de la médecine que de celui de la chirurgie. En l'envisageant sous ce point de vue, on ne peut pas le réduire, comme l'ont fait quelques modernes, à la simple solution d'un problême de mécanique.

Connoître l'art des accouchemens, ce n'est pas seulement connoître le mécanisme d'une opération naturelle entièrement soumise aux lois du mouvement, c'est encore connoître les moyens de la faciliter, lesquels sont tantôt du ressort de la chirurgie, tantôt du domaine de la médecine. L'accouchement est

bien plus souvent naturel que du domaine de l'art. Parmi les accouchemens même qui deviennent laborieux, il en est beaucoup plus où, par des connoissances médicales, on peut prévenir les accidens qui menaçent de compliquer cette fonction, et qui peuvent exiger les secours de l'art, ou remédier à ceux qui se seroient déjà manifestés, qu'il en est où il faille savoir opérer avec dextérité. La nécessité de ces connoissances médicales rendra toujours le ministère du médecin-accoucheur supérieur à celui de la sage-femme, lors même qu'on supposeroit qu'elle peut posséder au même degré tout ce qui est relatif à la partie mécanique des accouchemens.

Si les accidens sont moins communs aujourd'hui à la suite des couches, ce n'est pas parce que les accoucheurs savent opérer avec plus de dextérité, mais parce qu'ils sont moins souvent actifs, et qu'ils dirigent plus convenablement les femmes; c'est que plusieurs d'entr'eux ont reconnu que l'accouchement appartient plus à la médecine qu'à la chirurgie, et qu'avant de se livrer à cette profession ils ont senti la nécessité de se livrer à une étude approfondie des diverses fonctions spécialement dévolues au sexe, et des maladies qui résultent des dérangemens qu'elles peuvent éprouver.

Outre les rapports de proportion qui doivent exister entre la tête de l'enfant et la cavité qui doit lui livrer passage, l'accouchement, pour s'opérer avec facilité, exige le concours de plusieurs puissances. Toutes les fois que cette fonction se fait conformément au vœu de la nature, le ministère de l'accoucheur se réduit en quelque sorte à celui de simple spectateur; mais si quelques-unes des causes nécessaires pour la terminaison heureuse de l'accouchement viennent à manquer, il cesse alors d'être passif; car le défaut d'une seule cause peut le rendre difficile, dangereux pour la mère et l'enfant, et quelquefois même impossible sans les secours de l'art. Un rétrécissement médiocre du bassin dans son diamètre antéro-postérieur, que je prends pour exemple, rend l'accouchement difficile; s'il est un peu plus considérable, il le rend dangereux : celui qui est excessif le rend impossible. Quelquefois les puissances expulsives tendent

à pousser le fœtus au-dehors avec tant de violence, qu'on est obligé de modérer leur action; d'autres fois ces puissances manquent d'énergie, et on est obligé alors d'augmenter leur action, ou même de la suppléer entièrement. C'est donc à discerner l'accouchement qui doit être l'ouvrage de la nature d'avec celui qui doit faire partie du domaine de l'art, que doit s'appliquer le praticien.

L'accouchement, pris dans son sens le plus étendu, est l'expulsion naturelle ou l'extraction, par l'art, de l'enfant et de ses dépendances hors du sein de la mère. J'en distingue trois classes générales, suivant la nature des puissances qui concourent à la délivrance. Je donne le nom d'*accouchement naturel* à celui où les forces contractiles de la mère suffisent pour expulser l'enfant; le nom d'*accouchement mixte* à celui où la délivrance, pour s'opérer spontanément, a besoin de quelques secours administrés par l'art pour remédier à la complication qui la rendoit impossible. Une double puissance, l'art et la nature, devient nécessaire pour effectuer la naissance de l'enfant. Enfin, j'appelle *accouchement artificiel* ou *contre-nature* celui où les secours de l'art deviennent nécessaires pour extraire l'enfant, soit que la main suffise ou qu'un instrument devienne nécessaire; je prends cette expression dans une acception plus étendue que Smellie et Baudelocque, qui, par *accouchement contre nature,* n'entendent que celui que l'on peut opérer par la main seule, en tirant l'enfant par les pieds, et qui donnent le nom d'*accouchemens laborieux* à ceux dans lesquels on emploie des instrumens. Dans la classe que je désigne par l'expression d'*accouchemens mixtes,* en recourant à l'art, on ne se propose pas d'extraire l'enfant, mais seulement de corriger certaines positions défectueuses qui s'opposent, tant qu'elles subsistent, à ce qu'il puisse être expulsé par les seuls efforts naturels. Après les secours de l'art, ces accouchemens rentrent dans le domaine de la nature.

Quoique je propose de substituer l'expression d'*accouchement artificiel* à celle d'*accouchement contre-nature*, employée par la plupart des accoucheurs pour désigner cette classe

d'accouchemens où les secours de l'art sont indispensables pour extraire l'enfant, je me donne de garde d'attacher beaucoup d'importance à cette réforme, qui se sent beaucoup plus de la subtilité des écoles, qu'elle ne peut être utile à l'art. Quoi qu'en dise un accoucheur moderne, *on peut s'entendre et être entendu*, excepté de ceux qui ne le veulent pas, quand on dit que l'on appelle *accouchemens contre nature* ceux où l'art devient nécessaire. Cette fonction cesse alors d'être au pouvoir de la nature, et par conséquent naturelle. A la vérité, il est ridicule de dire d'une fonction naturelle qu'elle est contre nature; mais aussi les accouchemens auxquels on a donné le nom de *contre nature* n'ont été appelés ainsi que parce qu'ils cessent d'être, à raison de quelque complication, une fonction naturelle. En substituant les expressions d'*accouchemens par expulsion*, d'*accouchemens par extraction*, proposées par le docteur Sacombe, qui a cherché à ridiculiser la division des anciens, on ne feroit que changer les mots sans présenter d'autres bases à la classification.

Mais avant d'entrer dans le détail de chacune de ces trois classes, il est des phénomènes généraux applicables à chacune d'elles que je dois exposer.

De l'Accouchement en général.

Quelque différence que présentent dans la pratique les accouchemens qui appartiennent à chacune de ces trois classes, les causes déterminantes du travail sont absolument les mêmes, et il est toujours précédé et accompagné des mêmes phénomènes généraux. L'époque de la grossesse où s'opère l'accouchement n'y apporte également aucuns changemens, en sorte que ce que je vais dire des causes déterminantes de l'accouchement, des symptômes qui précèdent ou accompagnent le travail de l'enfantement, doit s'appliquer à l'avortement, à l'accouchement prématuré, et même à l'expulsion de ces substances que l'on désigne sous le nom de *fausse grossesse*, parce qu'elles peuvent facilement en imposer pour cet état;

enfin, aux accouchemens même où l'art deviendra nécessaire par la suite, tant que le moment d'opérer n'est pas encore arrivé, aussi-bien qu'à l'accouchement qui se fait spontanément à la fin du neuvième mois. Que l'accouchement soit à terme, qu'il soit avancé ou retardé, que la matrice expulse un enfant ou une de ces substances que j'ai dit constituer la fausse grossesse, le mécanisme en est toujours le même.

On convient généralement que la cause première et naturelle de l'accouchement réside essentiellement dans la matrice : c'est toujours par elle que commence le travail, quoiqu'il puisse rester de l'incertitude sur les causes qui la déterminent à entrer en action. L'action des autres organes qui, comme puissances auxiliaires, coopèrent à la délivrauce, ne paroît avoir lieu que parce qu'elle est déterminée en vertu des contractions de l'utérus.

Les auteurs sont partagés d'opinion sur les causes déterminantes communes de l'accouchement, c'est-à-dire sur les causes qui peuvent solliciter les contractions de la matrice à une époque qui souffre si peu d'exception, que plusieurs soutiennent qu'elle est invariable. Il ne s'agit pas ici de ces causes accidentelles dont j'ai parlé en traitant de l'avortement, et qui, en agissant sur la matrice, soit d'une manière directe, soit sympathiquement, peuvent déterminer plus promptement ses contractions, et donner ainsi lieu à l'avortement et à l'accouchement prématuré. En effet, on conçoit que si une cause quelconque vient à irriter, à agacer la matrice, et par conséquent à la faire contracter avec beaucoup plus de force que dans l'état naturel, la réaction des fibres du corps peut se trouver augmentée accidentellement au point de triompher de la résistance offerte par les fibres du col. J'ai aussi indiqué à cette occasion que ces causes exerçoient sur la matrice une influence plus ou moins fâcheuse, non-seulement suivant leur degré d'intensité, mais encore suivant la susceptibilité du tempérament de la femme sur laquelle elles agissent. Ce qui explique pourquoi une cause qui n'est pas suffisante pour exciter le travail de l'enfantement chez une femme d'une constitution ordi-

naire, peut produire cet effet, à une époque quelconque de la grossesse, chez une femme qui seroit délicate, et dont le genre nerveux seroit facile à ébranler, parce que, chez cette dernière, l'irritation des fibres est portée à un degré plus considérable.

Les causes que les physiologistes ont regardées comme pouvant déterminer, au terme ordinaire, les douleurs de l'enfantement et l'action de la matrice qui les produit, sont plutôt conjecturales que déduites de l'observation. Les uns ont cru que l'utérus étoit excité à entrer en action par le sang qui aborde vers cet organe à chaque période menstruelle, et qui l'irrite : quoique le sang ne paroisse pas au-dehors pendant la grossesse, dans le cours ordinaire, le travail qui détermine cet afflux du sang vers la matrice, ne laisse pas de se faire sentir par les mêmes douleurs et les mêmes symptômes. Mais on peut demander aux partisans de cette opinion pourquoi la neuvième ou la dixième révolution menstruelle est plus efficace, quoique l'effort qui y pousse le sang soit moins vif et la matrice moins irritable? Répondre avec M. Vigarous que, si la matrice éprouve plus vivement l'action de cette révolution, c'est que le fœtus étant plus fort à cette époque, il s'agite plus violemment, et sollicite, par les efforts qu'il fait, les contractions de cet organe, c'est invoquer une seconde cause non moins hypothétique que la première : car, lorsque le fœtus est mort, le travail ne laisse pas que de se déclarer au terme naturel. L'observation apprend même que sa mort doit être rangée parmi les causes qui donnent lieu à son expulsion prématurée.

La cause déterminante de l'accouchement doit être la même dans toutes les classes d'animaux. Or, la femme étant peut-être, de toutes les femelles, la seule qui soit réglée, on ne peut pas soupçonner que l'irritation que produit l'afflux du sang vers l'utérus lors de cette période menstruelle soit la cause qui détermine l'action de cet organe, et l'agitation violente du fœtus qui contribueroit encore à la rendre plus efficace en augmentant son activité.

D'autres ont pensé que l'action de la matrice, qui est le véritable agent qui opère l'accouchement, étoit déterminée par l'acrimonie des eaux de l'amnios, ou par la distension qu'elle éprouve vers la fin de la grossesse. Les eaux de l'amnios, quand on les supposeroit acrimonieuses, ne touchant point immédiatement la matrice, ne peuvent pas l'agacer de manière à en solliciter les contractions. La distension de la matrice ne peut pas être la cause qui provoque les efforts de l'accouchement lorsqu'il se fait avant terme. Si elle étoit la cause de ce travail, il devroit se déclarer d'autant plus promptement que la matrice est plus distendue. Or, nous voyons le contraire tous les jours. Dans le cas de jumeaux, le travail devroit toujours se déclarer avant le terme ordinaire de la grossesse, parce que, souvent au sixième mois, la matrice a acquis le degré de distension qu'elle auroit si elle contenoit un seul fœtus parvenu au terme naturel. La femme n'accouche pas plus tôt lorsqu'elle porte un fœtus volumineux que lorsqu'elle est enceinte d'un enfant très-grêle. Cependant, dans les cas de grossesse composée, les femmes sont plus exposées à accoucher prématurément.

Supposer avec d'autres, ou que le fœtus refuse de recevoir le sang que lui apporte la veine ombilicale, ou que les vaisseaux destinés à porter la nourriture ne peuvent plus admettre, vers la fin de la grossesse, les fluides qu'ils charrioient, et que les douleurs se font sentir parce que le sang ne pouvant pas passer dans le placenta, engorge la matrice et la stimule par sa présence, c'est avancer une opinion contraire à l'observation. La circulation qui a lieu de la mère au fœtus ne commence à éprouver des dérangemens que lorsque le travail est déjà déclaré.

Ce n'est pas non plus, comme l'ont avancé quelques physiciens modernes, d'après Haller, par le même mécanisme qu'un fruit, à l'époque de sa maturité, se détache par son pétiole du rameau auquel il étoit suspendu, que le fœtus se détache de l'utérus. Le placenta, qui représenteroit le pétiole du fruit mûr, ne commence à se décoller que lorsque les con-

tractions de la matrice existent déjà. Le placenta conserve le plus souvent ses adhérences avec la matrice pendant la majeure partie du travail, et quelquefois même après la sortie du fœtus.

La cause la plus généralement admise par les accoucheurs modernes est l'opinion de quelques physiciens, qui croient que le travail se déclare au moment de la rupture d'équilibre entre les fibres du corps et du col. Je conviens que, dans l'ordre naturel, l'époque du travail et celle de la rupture d'équilibre entre les fibres du corps et du col de la matrice coïncident presque toujours ensemble; mais, comme je l'ai déjà observé ailleurs, par cette explication on donne une idée de ce qui se passe au moment de l'accouchement, et non pas de la cause qui décide le travail de l'enfantement. La dilatation du col, qui est une preuve non équivoque de cette rupture d'équilibre, peut précéder de quinze jours, et même d'un mois et quelquefois de deux, les vraies douleurs de l'enfantement.

Quelle que soit la cause qui excite la matrice à faire des efforts pour se débarrasser du produit de la conception à une époque déterminée, cet organe, en se contractant, tend à resserrer sa cavité dans tous les sens. L'effet de cette contraction ne pousse pas le corps contenu vers un point plutôt que vers un autre. Lorsque les efforts sont suffisans pour expulser l'enfant, il sort par l'endroit qui lui offre naturellement moins de résistance. L'orifice de la matrice est presque toujours le lieu par où il s'échappe, parce qu'il répond au vide du bassin, et qu'il est ainsi le seul point de la matrice qui ne soit point fortifié. Toutes les autres régions de la matrice sont soutenues pendant leur action par les parois osseuses du bassin, ou par les contractions des muscles abdominaux, qui leur servent comme d'arc-boutant pour prévenir leur rupture. L'orifice de la matrice étant diamétralement opposé à son fond, qui doit être considéré comme le centre d'où part l'action musculaire, tout l'effort porte sur ce point, qui d'ailleurs est une voie déjà toute ouverte par la nature. Dès que les contractions ont opéré une légère dilatation du col, leur action est ensuite secondée

par les eaux qui forment une poche, et facilitent ainsi la dilatation graduelle de l'orifice en s'y introduisant.

Si l'orifice est squirrheux, et que cette callosité s'oppose à sa dilatation, ou la nature se consume en efforts impuissans, ou bien le corps même de la matrice se déchire dans l'endroit le plus foible naturellement, ou qui a été affoibli par la pression exercée par les parties saillantes de l'enfant.

Toutes les parties de la matrice se contractent en même temps pendant le travail, avec cette seule différence que la contraction des fibres du corps est plus forte que celle des fibres du col, sans quoi l'accouchement seroit impossible. Cette contraction simultanée de toutes les parties de la matrice, quelque évidente qu'elle soit, est cependant contestée par quelques accoucheurs, qui pensent que le col est dans un état de repos, pendant que son corps et son fond se contractent avec plus ou moins de force. D'autres admettent deux plans de fibres dans la matrice, l'un intérieur et l'autre extérieur, et soutiennent que le plan intérieur est dans le relâchement, tandis que le plan extérieur agit puissamment. Outre que l'autopsie cadavérique ne permet pas d'admettre ces deux plans de fibres qui sont le fondement de cette hypothèse, le toucher démontre que la contraction de cet organe est générale. Dans quelque partie de son étendue que l'on touche la matrice dans le moment des douleurs, l'on sent que ses parois présentent de la dureté. En même temps que le doigt introduit dans l'orifice s'aperçoit qu'il se resserre et se roidit, l'autre main appliquée sur le bas-ventre sent que le fond de la matrice se durcit fortement. Or, on sait que la dureté indique un état de contraction, et la souplesse un état de relâchement.

On éprouve cette contraction simultanée des fibres du corps et du col de la matrice d'une manière bien sensible si la main se trouve dans cet organe pendant une douleur. En même temps que la main est pressée au point de perdre la faculté d'agir et le sentiment, l'orifice fait l'office d'une forte ligature sur le poignet qu'il embrasse. Les tranchées que quelques femmes éprouvent pendant les trois ou quatre premiers jours des

couches, prouvent encore que le corps et le col de la matrice se contractent en même temps. Le col ne permet l'issue des caillots et de quelque peu de sang fluide que vers la fin des douleurs, où, forcé de céder à la réaction des fibres du corps, il s'entr'ouvre plus ou moins. Ces corps étrangers s'échapperoient dans le moment même de la douleur si le col se relâchoit dès que le fond se contracte.

L'action par laquelle se termine l'accouchement est une action composée à laquelle plusieurs causes doivent concourir pour qu'il se fasse promptement et d'une manière heureuse. Parmi les causes dont la conspiration mutuelle est utile pour la terminaison naturelle de l'accouchement, il en est plusieurs qui seules ne produiroient aucun effet, quoique cependant, réunies aux autres, elles contribuent beaucoup à procurer une terminaison heureuse.

L'accouchement, pris dans son sens stricte, est une fonction dépendante de l'action de la matrice. Cette action est indépendante de la volonté. La femme ne peut pas à son gré empêcher les contractions de l'utérus ; mais l'on voit au contraire qu'elles l'invitent et la forcent pour ainsi dire à faire elle-même des efforts. Non-seulement l'utérus a la plus grande part dans la naissance de l'enfant, mais encore il peut dans quelque cas l'effectuer par ses seules forces, et sans être aidé par l'action d'aucune autre puissance accessoire. Des femmes chez lesquelles la matrice avoit franchi la vulve pendant le travail, se sont cependant délivrées heureusement. Il existe plusieurs exemples de femmes qui ont accouché après leur mort. Dans tous ces cas, l'utérus seul, qui n'a pas pu être aidé de l'action du diaphragme ni de celle des muscles abdominaux, a terminé heureusement l'accouchement.

Dans l'ordre naturel, la matrice est aidée dans l'expulsion de l'enfant par les contractions des muscles abdominaux et du diaphragme qui, en s'appliquant immédiatement à la matrice, soutiennent ses parois et la mettent à l'abri de la rupture. Ces muscles, qui sont des puissances auxiliaires du travail de l'enfantement, en se contractant simultanément, tendent à chas-

ser l'enfant dans le sens d'une diagonale qui seroit dirigée vers l'ouverture inférieure du bassin. Les efforts dépendans de la contraction des muscles abdominaux sont en quelque sorte soumis à la volonté, surtout dans le commencement du travail; en sorte que l'on doit conseiller à la femme de les suspendre lorsque l'accouchement va trop vite, afin de donner le temps aux parties externes de se dilater et prévenir par là des déchirures; ou bien lui recommander de pousser fortement en bas à chaque douleur, lorsque l'on veut accélérer le travail qui est trop lent. Cette influence des muscles abdominaux sur le travail aide à concevoir pourquoi les femmes pusillanimes accouchent plus lentement Les accoucheurs expérimentent chaque jour, comme l'avoient très-bien dit les anciens, que ces sortes de femmes, au lieu de retenir leur respiration, et de seconder les contractions de la matrice par leurs efforts, s'épuisent à force de crier. L'accouchement, toutes choses égales d'ailleurs, doit aussi être plus lent chez les femmes très.grasses : outre que chez elles les muscles abdominaux jouissent d'une force contractile moindre, elles ne peuvent pas retenir leur respiration aussi long-temps, ce qui rend les efforts auxquels elles se livrent et plus courts et plus foibles. Par la même raison, les femmes qui auroient quelque vice dans la poitrine, comme celles qui sont bossues, asthmatiques, doivent accoucher plus lentement, quoique le bassin soit bien conformé, parce qu'elles ne peuvent pas se livrer aux efforts convenables pour exciter l'action du diaphragme et des muscles du bas-ventre.

Quand on veut exciter les efforts de la femme, on doit lui conseiller de pousser comme si elle vouloit aller à la garde-robe dans un cas de constipation : aussi cette contraction donne-t-elle lieu à la sortie des urines et des excrémens; elle produit aussi la rougeur de la face, la pesanteur de tête, parce que le sang ne pouvant pas passer librement dans l'abdomen gagne les parties supérieures. Les vomissemens spontanés s'observent fréquemment vers les derniers temps du travail. Si l'on peut quelquefois les attribuer, avec quelques auteurs, à la compression exercée par la matrice sur l'estomac, lorsque les muscles

abdominaux s'y appliquent avec force, le plus souvent ils sont sympathiques, c'est-à-dire, produits par l'irritation vive qu'éprouve l'utérus dans cet instant.

Dans le moment où l'action des muscles abdominaux est la plus efficace, presque tous les muscles des membres et du tronc sont en action pour fixer la poitrine et le bassin auxquels ces muscles sont attachés. Pour se convaincre de l'action de tous ces muscles pendant le travail de l'accouchement, il suffit de jeter un instant les yeux sur une femme dans le moment des fortes douleurs : on voit qu'elle renverse en arrière le tronc et la tête ; en même temps qu'elle s'appuie les reins, elle se roidit de toutes ses forces, et pousse avec ses pieds et ses mains qu'elle arc-boute contre quelque corps solide.

Plusieurs physiciens ont pensé que la mère ne faisoit pas seule les frais de l'accouchement, et que le fœtus devenoit un instrument de son expulsion en ouvrant la matrice par des efforts redoublés. Il est cependant évident que l'enfant est purement passif dans cette opération. La matrice seule, aidée des muscles abdominaux, commence et finit l'accouchement.

L'illustre Buffon s'est trompé en regardant, avec les anciens, le fœtus comme le principal instrument de l'accouchement, fondé sur ce que son expulsion a quelquefois lieu après la mort de la mère. Une erreur accréditée par un homme dont le nom fera toujours une époque mémorable dans les sciences, doit trouver long-temps des partisans : ce qui diminue l'étonnement que l'on éprouve en lisant l'ouvrage de M. Vigarous, de voir qu'il attribue l'accouchement en partie à l'action du fœtus qui se remue, s'agite, fait des efforts, lorsque la chaleur, qui jusqu'alors avoit suffi à son développement, devient insuffisante.

Mais lorsque le fœtus est mort, ni le manque de nourriture, ni le besoin de respirer, ni le poids du méconium sur le canal intestinal, que les auteurs ont rangé parmi les causes qu'ils croient propres à exciter le fœtus à des mouvemens, ne peuvent solliciter son expulsion, qui est cependant aussi prompte que s'il étoit vivant et très-vigoureux, à moins qu'il ne soit

déjà atteint de putréfaction, ou que ses parties n'aient perdu de leur élasticité naturelle; car dans le premier cas, les miasmes putrides jettent la matrice dans un état de prostration qui l'empêche de se contracter comme dans l'état naturel. Dans le second cas, la tête qui est ramollie ne forme plus un coin aussi exact; ce qui fait que la dilatation de l'orifice ne peut pas s'opérer avec autant de promptitude. Si l'accouchement étoit dû aux mouvemens de l'enfant, comment seroient chassés l'enfant lorsqu'il est mort, le placenta, le faux germe, la môle, la tête quand elle a été séparée du tronc? Tous ces corps sont cependant expulsés quoiqu'ils n'aient aucune action par eux-mêmes. L'effort qui les expulse est donc produit par un autre agent qui est évidemment la matrice, qui, par ses contractions répétées, vient à bout de les chasser de sa cavité.

Si l'enfant est expulsé après la mort de sa mère, ce n'est pas parce qu'en arc-boutant les pieds contre le fond de la matrice, il force par ses efforts la tête à franchir l'orifice, mais parce que la matrice conserve encore quelque temps après la mort de la mère une force tonique suffisante pour opérer la sortie du fœtus. Ce phénomène est si surprenant, que je n'oserois l'avancer s'il n'étoit pas prouvé par des observations rigoureuses. Le docteur Planque (*Biblioth. de Méd. choisie*, tome III, page 222 et suivantes) cite plusieurs observations d'enfans morts avant le décès de la mère, dont quelques-uns même étoient putréfiés, qui n'ont pas laissé d'être expulsés de la matrice. On ne peut donc pas regarder les efforts de la part de l'enfant comme la cause déterminante des accouchemens qui ont lieu après la mort de la mère. L'accouchement est donc opéré par les agens ordinaires de la vie, même dans le cas de mort de la mère; car on ne peut pas admettre l'explication proposée par un moderne, qui attribue tout accouchement opéré après la mort à une véritable explosion occasionnée par l'expansion d'un gaz aériforme.

Des Symptômes qui précèdent et accompagnent le travail de l'Accouchement.

On entend par signes de l'accouchement l'assemblage des phénomènes sensibles qui annoncent son approche, ou qui se font apercevoir pendant toute la durée actuelle du travail. On donne aux premiers le nom de *signes précurseurs*. Parmi les seconds, les uns sont seulement concomitans et sympathiques, et les autres caractéristiques. Les premiers sont différens chez chaque femme, et ils ne peuvent pas faire connoître, à quelques jours, quelquefois même à quelques semaines près, que l'accouchement va s'opérer, parce qu'ils ne s'annoncent pas toujours, ni à la même époque.

Un des premiers symptômes qui indiquent la proximité du travail est un état d'anxiété, d'abattement, la crainte de quelque événement malheureux, surtout dans une première couche. Dès que les douleurs deviennent aigues, les femmes n'éprouvent plus ces sensations : on doit donc, dans les commencemens du travail, s'efforcer de les rassurer, et de dissiper leurs craintes par des discours encourageans. La femme est consolée, encouragée, quand on compâtit à ses maux.

Plusieurs femmes éprouvent, pendant la durée du travail, quelques frissons, avec ou sans sentiment de froid. Ils ne sont pas dangereux et ne doivent pas être considérés, à moins qu'ils ne soient forts et prolongés, comme des signes de l'invasion d'une maladie.

Telle femme qui, pendant la grossesse, étoit lourde, pesante, et agissoit avec peine, se sent tout-à-coup, vers la fin du neuvième mois, plus alerte et plus libre dans ses mouvemens. Telle autre qui, pendant le cours de la grossesse, a été tourmentée de l'idée qu'elle périroit pendant l'accouchement, n'éprouve plus les mêmes craintes vers la fin. Chez le plus grand nombre des femmes, le ventre s'aplatit et disparoît; les parties génitales sont humectées plus que de coutume. La mucosité qui se filtre dans le vagin devient si considérable vers la fin de la

grossesse, qu'elle ressemble à des flueurs blanches. La chute de l'abdomen fait que la tête de l'enfant presse le fond de la vessie, et occasionne une incontinence d'urine, ou qu'elle comprime le rectum et le col de la vessie, et produit la difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe.

Mais quelque symptôme qui survienne, on ne doit pas regarder le travail comme commencé tant que la femme n'éprouve pas de légères douleurs produites par les contractions de la matrice. En effet, la douleur est le premier phénomène sensible du travail de l'enfantement pour la femme. Trois autres phénomènes aussi déterminés par les contractions utérines, la dilatation de l'orifice, l'écoulement des glaires sanguinolentes, la formation et la rupture de la poche des eaux, servent avec la douleur à établir le diagnostique du travail de l'enfantement. L'accoucheur, en portant le doigt vers l'orifice, peut reconnoître les contractions de la matrice, la tension des membranes, long-temps avant que la femme se plaigne de ressentir de la douleur. Les femmes chez lesquelles on sent la tension des membranes plusieurs jours avant qu'elles souffrent, accouchent pour l'ordinaire avec une promptitude étonnante. Le toucher apprend que la dilatation de l'orifice ne laisse pas que de s'opérer pendant ces contractions insensibles, et que déjà la dilatation est très-grande quand la femme est avertie de leur existence par le sentiment de la douleur.

De la Douleur, ou des Contractions de la matrice qui la produisent.

Depuis long-temps les accoucheurs sont dans l'usage d'appeler le sentiment pénible qui accompagne les contractions de la matrice, *douleurs de l'enfantement.* Pour que la douleur annonce le travail de l'accouchement, il faut qu'elle soit produite par les contractions de la matrice. La femme peut éprouver des douleurs fort étrangères à l'accouchement et à la contraction de la matrice, dont la marche ressemble tellement aux premières, que des femmes même qui ont eu des enfans, et

qui ignorent au juste le terme de leur grossesse, les prennent pour le commencement du travail.

Une des méprises dans lesquelles tombent plus fréquemment les sage-femmes dans l'accouchement naturel, est la précipitation qu'elles mettent à prononcer qu'il existe de vraies douleurs de l'enfantement; ce qui les porte malheureusement à employer, pour l'accélérer, diverses manœuvres très-dangereuses, parce qu'elles ne savent pas distinguer les vraies douleurs des fausses, et qu'elles prennent aussitôt pour des contractions de l'utérus toutes les douleurs que la femme grosse ressent dans l'abdomen.

L'accoucheur et la sage-femme, avant de prononcer que le travail est commencé, doivent tâcher de distinguer ces deux espèces de douleurs si différentes par leurs causes, quoique la manière de se faire sentir soit la même. Ce diagnostique est de la dernière importance, puisqu'on doit favoriser les douleurs qui sont le prélude de l'enfantement, et tâcher de calmer celles qui sont étrangères aux contractions de la matrice, puisque leur persévérance peut donner lieu par la suite à un travail accéléré.

C'est par le toucher seul que l'on peut distinguer si la femme qui souffre est en travail d'enfant, c'est-à-dire, si les douleurs qu'elle ressent sont produites par les contractions de la matrice. Les douleurs doivent être regardées comme de vraies douleurs de l'enfantement si, dans le moment où la femme souffre, le globe utérin se durcit; si l'orifice se roidit et se resserre sur le doigt, qui sent en même temps la tension des membranes; si, à mesure que la douleur diminue, le relâchement survient dans toutes les parties qui étoient tendues dans l'instant des souffrances. Toutes les fois que, pendant la douleur, on ne remarque pas les effets dont je viens de parler, les douleurs sont fausses et ne dependent pas des contractions de la matrice.

Il est hors de doute que les douleurs de l'accouchement dépendent des contractions plus ou moins fortes du tissu musculeux de la matrice : les phénomènes qui les accompagnent le prouvent assez : quelque vives qu'elles soient, on n'observe pas de fièvre. Or, dans les douleurs produites par les affections des

membranes muqueuses et séreuses, il y a fièvre plus ou moins forte. Reste donc à admettre que dans ces douleurs le tissu musculeux est seul ou spécialement affecté.

Il est cependant des physiciens qui pensent que les contractions utérines ne sont pas douloureuses, et que les douleurs sont seulement un effet sympathique excité par les contractions qui ont lieu sans douleurs, et de la même manière que les contractions du cœur, des intestins et des autres parties musculeuses qui s'opèrent sans produire le sentiment pénible de la douleur. Cette assertion leur paroît prouvée en ce que l'on voit souvent que les contractions de la matrice sont très-efficaces, quoique les douleurs qu'éprouve la femme soient très-modérées. Aussi arrive-t-il quelquefois que la femme en travail, et même la sage-femme ou l'accoucheur qui l'assistent, qui jugent presque toujours de la force des contractions utérines par la douleur et les cris de la femme, sont surpris de voir l'accouchement se terminer beaucoup plus promptement qu'ils ne s'y attendoient.

Il n'est pas vrai que les contractions des muscles se fassent toujours sans douleur. Dans les crampes, les contractions des muscles ne deviennent-elles pas douloureuses? Lorsque les muscles sont enflammés, leurs contractions sont douloureuses. D'ailleurs, toute action des muscles trop long-temps soutenue ou trop forte, ne produit-elle pas la douleur? Tel est le sentiment de fatigue dans les cuisses et les jambes après une marche prolongée, dans les bras après un exercice violent et inaccoutumé. Pendant le travail, les contractions du plan charnu de la matrice sont portées au-delà de leur ton naturel, et peuvent être comparées, avec beaucoup de justesse, à l'exercice violent auquel un muscle de la vie animale se trouve soumis. Les coliques venteuses ne sont-elles pas produites par la distension du plan charnu des intestins? Cette douleur violente de l'estomac, décrite depuis par Buchan, sous le nom de *crampe nerveuse de l'estomac*, et à laquelle M. Chaussier a donné le nom de *névralgie cardiaque*, ne dépend-elle pas d'une contraction violente et spasmodique du plan charnu de cet organe?

Quelques phénomènes avoient porté M. Hay (1), lorsqu'il étoit prévôt de ma salle d'accouchemens, à présumer que les douleurs expulsives avoient plus spécialement leur siége au col de la matrice. M. Bilou les a consignés dans une dissertation sur la douleur. Leur examen prouve qu'ils ne sont pas très-concluans : les voici :

1°. « Le col, peu dilaté à l'époque de l'accouchement, est » obligé de s'ouvrir dans un temps très-court. » Cette première raison ne me paroît pas prouver directement que la douleur existe seulement vers le col ; on pourroit tout au plus en déduire qu'elle doit être plus vive vers cette partie ; car si le col s'ouvre plus promptement, c'est en vertu de la prépondérance des fibres du corps dont les contractions plus fortes doivent s'accompagner de douleurs plus vives.

2°. « Le col reçoit ses nerfs du plexus sacré, division du » système nerveux cérébral, tandis que le corps de la ma- » trice puise les siens dans le plexus hypogastrique, appar- » tenant au système des ganglions. Or, celui-ci n'a pas la pro- » priété de transmettre l'impression au cerveau. » Si cette dernière proposition étoit rigoureusement prouvée, la conclusion seroit assez directe ; mais elle est loin de l'être. L'observation apprend que tous les organes qui reçoivent leurs nerfs du système des ganglions sont néanmoins dans quelques cas le siége de douleurs très-vives ; ce qui suppose nécessairement, de la part de ces nerfs, la propriété de transmettre l'impression au cerveau.

3°. « Les douleurs sont d'autant plus fortes que l'expulsion » du fœtus est plus prochaine, et cependant les contractions » de la matrice ne sont pas plus apparentes que lorsque le col » n'est pas encore dilaté. » Le degré de dureté que présente la matrice est la mesure de la force des contractions. Or, le doigt porté dans le vagin, la main placée sur le bas-ventre, annoncent

(1) La mort a enlevé ce médecin au commencement de sa carrière médicale.

que la matrice se durcit plus fortement vers la fin du travail qu'au commencement.

4°. « Tout l'organe se contracte pour effectuer l'accouche- » ment, et néanmoins beaucoup de femmes ne rapportent la » douleur qu'à l'orifice. » Il en est plusieurs qui ne peuvent pas désigner le siége de leur douleur. Quelques-unes la rapportent à la région hypogastrique. Il n'est pas surprenant que les femmes rapportent plus spécialement leurs douleurs à l'orifice, quoique les contractions du corps soient douloureuses aussi-bien que celles du col, parce que cette partie, outre qu'elle se contracte, éprouve une distension violente, un tiraillement, quelquefois des déchirures qui contribuent à rendre la douleur plus vive.

Il est important d'observer que des douleurs fausses dans l'origine peuvent, si elles sont intenses et qu'elles se prolongent, occasionner sympathiquement les contractions de la matrice, et donner lieu aux vraies douleurs de l'enfantement, comme je l'ai expliqué en traitant de l'avortement. On ne peut plus les distinguer, par le toucher, des vraies douleurs, ou plutôt elles se sont converties accidentellement en vraies douleurs.

Si l'expression de *fausses douleurs* est peu exacte, celle de *douleurs spasmodiques*, que lui substituent quelques auteurs, donneroit souvent une fausse idée de leur nature. Des causes différentes d'un état de spasme peuvent les produire. Les fausses douleurs n'augmentent pas graduellement d'intensité.

Il ne suffit donc pas que l'accoucheur reconnoisse que les douleurs sont de la nature de celles qui constituent le travail de l'accouchement, il faut encore, avant de les favoriser, qu'il juge du terme de la grossesse par les signes caractéristiques qui sont propres à ses différentes époques. Il peut aussi s'aider du moment où la femme a cessé d'être réglée, et de celui où elle a senti les premiers mouvemens.

Lorsque le travail est accidentel, on ne doit pas le favoriser, à moins qu'il ne soit tellement avancé que l'on ne puisse plus espérer de le suspendre. Que les fausses douleurs aient donné

lieu aux contractions de la matrice ou non, la manière d'en arrêter les effets est toujours la même : seulement on doit moins attendre de succès des moyens curatifs que l'on emploie lorsqu'il existe déjà des douleurs expulsives, symptomatiques et accidentelles.

Les douleurs que la plupart des femmes éprouvent vers les derniers temps de la grossesse, et qu'elles confondent souvent avec celles de l'accouchement, peuvent tenir à des causes variées : elles peuvent dépendre d'une pléthore sanguine, générale ou particulière, et se calment par la saignée. Souvent ce sont des douleurs intestinales produites par des matières dans les premières voies, qui en imposent d'autant plus facilement aux femmes pour le travail de l'accouchement, qu'elles se passent du côté du fondement comme les vraies douleurs. Dans ce cas on les modère par de légers évacuans, et par des lavemens. Quelquefois ces douleurs sont causées par des vents qui roulent dans le bas-ventre. On dissipe ces coliques en plaçant des linges chauds sur l'abdomen, et en y pratiquant des frictions.

Lors même que la femme éprouve les vraies douleurs de l'enfantement, il est essentiel que l'accoucheur, pour la sûreté de son prognostic et pour sa propre tranquillité, étudie leur marche et la manière dont elles se font sentir. Il est des femmes chez lesquelles les douleurs se font constamment sentir dans le ventre sans être accompagnées d'aucun malaise dans la région lombaire, soit dans le moment des contractions utérines, soit dans l'intervalle. Elles sont faciles à reconnoître en ce que, quelque vives qu'elles soient, une fois que leur action est passée, la femme ressent un calme parfait. Elles sont connues du vulgaire, à raison de leur siége, sous le nom de *douleurs de ventre*. Elles sont les meilleures, et la dilatation de l'orifice avance en proportion, parce que pendant leur durée, les femmes étant sollicitées à pousser vivement en bas, la tête porte fortement sur l'orifice de la matrice et sur le fondement.

Il est d'autres femmes au contraire qui, pendant le travail,

sont tourmentées de douleurs dans la région lombaire, connues vulgairement sous le nom de *douleurs de reins*. Le travail est toujours plus lent chez les femmes qui les éprouvent, lors même qu'il s'y joindroit des contractions utérines, parce que le malaise considérable qu'elles ressentent leur ôte tout courage et les anéantit. Les douleurs lombaires ou de reins ne sont pas de vraies douleurs de l'enfantement; elles n'ont pas leur siége dans l'utérus; elles ne peuvent jamais indiquer que la délivrance est prochaine, puisqu'elles sont étrangères au travail de l'enfantement. Une femme qui n'auroit que des douleurs lombaires ne pourroit jamais se délivrer. On ne peut pas dire, comme le font quelques accoucheurs, que l'accouchement s'est terminé par des douleurs de reins, mais seulement avec des douleurs de reins, c'est-à-dire, que la femme tourmentée de douleurs lombaires qui rendoient le travail plus fatigant pour elle, en éprouvoit en même temps qui dépendoient de contractions utérines qui ont à la longue, et d'une manière plus pénible, opéré l'accouchement.

C'est avec raison que les femmes qui éprouvent des douleurs lombaires redoutent un accouchement long et laborieux; car ces douleurs, si elles existent seules, se terminent du côté de l'ombilic, de la région lombaire, et s'y perdent. Pendant les efforts que fait la femme, la tête ne porte pas sur l'orifice; dans l'intervalle même des douleurs, la femme qui ne les éprouve qu'aux lombes est tourmentée d'un malaise considérable, aussi insupportable pour elle que la douleur.

On prétend que l'on peut distinguer les douleurs lombaires de celles qui sont vraiment expulsives, par la forme que prend en se dilatant l'orifice, qui est, dit-on, arrondi dans les bonnes douleurs, et transversal dans les douleurs de reins. Ce phénomène n'est pas constant. L'accoucheur est guidé d'une manière plus sûre, pour établir ce diagnostique, par le doigt qui, porté vers l'orifice, fait reconnoître ou qu'il ne se resserre pas s'il n'existe que des douleurs lombaires, ou du moins qu'il se resserre très-peu, quoique la femme paroisse souffrir beaucoup; ce qui est pour l'accoucheur un indice certain que la souffrance

de la femme ne dépend pas uniquement et spécialement des contractions de l'utérus.

En voyant une femme souffrir, on peut prononcer sur la nature de ses douleurs. Dans les douleurs de ventre, la femme pousse en bas, en cherchant à s'arc-bouter les pieds et les mains pour pousser avec plus de vigueur. Dans les douleurs lombaires, la femme s'agite beaucoup, se tord en différens sens, mais elle pousse peu en bas; elle se plaint beaucoup; son cri plaintif fait souffrir ceux qui l'entendent. Quelquefois, vers la fin du travail, les femmes sont délivrées des douleurs lombaires.

L'importunité de ces douleurs a porté tous les auteurs à en rechercher la cause. Les uns les ont attribuées au tiraillement des ligamens ronds, d'autres à l'obliquité de la matrice. Les douleurs qui accompagnent l'obliquité sont de vraies douleurs produites par les contractions du corps et du fond de l'utérus, mais qui seulement ne peuvent pas avoir leur effet, à cause d'une direction vicieuse des forces qui ne portent pas sur l'orifice en ligne droite.

M. Garin (*Journal de Médecine*, prairial an x) attribue ces fausses douleurs à la contraction spasmodique des muscles du bas-ventre lorsqu'elle ne coïncide pas avec l'action utérine; il assure que l'on sent alors les muscles du bas-ventre se tendre, pendant que la matrice reste molle. Or, dans l'ordre naturel, l'action de ces deux organes doit être simultanée. On n'observe pas toujours chez les femmes tourmentées de douleurs lombaires cette tension des muscles du bas-ventre dont parle cet accoucheur. M. Alphonse-Leroy attribue ces fausses douleurs aux contractions du plan interne de la matrice, tandis que le plan externe est dans un état de repos. Cette explication est ingénieuse, mais elle porte sur une supposition démentie par l'autopsie cadavérique. On ne peut pas admettre dans la matrice deux plans dont l'un se contracte pendant que l'autre est dans l'inertie. M. Baudelocque pense qu'elles sont plus fréquentes chez les femmes dont le placenta est attaché à la partie postérieure de la matrice.

Toutes ces explications ne sont pas satisfaisantes. Les moyens

tentés par les médecins pour parvenir à calmer ces sortes de douleurs sont aussi souvent infructueux que les recherches que l'on a faites pour parvenir à la connoissance de leur cause sont insuffisantes. Si les saignées, les anti-spasmodiques, les lavemens soulagent quelquefois, souvent aussi ils sont inutiles. En général les femmes tourmentées de douleurs lombaires desirent qu'on les soulève pendant chaque douleur, au moyen d'une serviette roulée passée sous les reins. Je ne chercherai pas à expliquer par quel mécanisme est produit l'effet avantageux qui résulte de cette pratique. Il m'a paru que les douleurs devenoient plus supportables lorsque les reins sont soutenus, parce qu'on évite par là à la femme, qui est épuisée et découragée, la peine de soulever le fondement pour faire valoir ses douleurs.

Les douleurs ou contractions de la matrice sont légères dans les commencemens du travail. La femme n'éprouve d'abord qu'un resserrement intérieur. Le peu d'intensité de ces douleurs leur a fait donner le nom de *mouches;* elles ne sont que préparatoires, et, pour ainsi dire, le prélude de contractions plus fortes qui seront accompagnées de douleurs correspondantes. L'intervalle de calme entre chaque douleur est aussi très-long dans le commencement du travail : en sorte que les douleurs sont foibles et éloignées. Pendant tout le temps qu'elles conservent ce type, la femme ne doit faire aucun effort pour hâter sa délivrance; ceux auxquels elle se livreroit ne serviroient qu'à affoiblir ses forces, qu'elle doit tâcher de conserver pour le moment où les douleurs seront plus fortes et plus rapprochées.

A mesure que le travail avance, la violence des douleurs augmente, parce que la contraction de la matrice qui les détermine est plus forte. La distinction des vraies douleurs en préparatoires et en *conquassantes* n'est utile dans l'exercice de l'art qu'en ce qu'elle indique leur degré de force et l'effet qu'elles peuvent produire. Elles appartiennent à la même espèce.

On ne peut pas toujours juger de la force des contractions par l'expression de la douleur que font entendre les femmes.

Chez celles qui sont d'une constitution irritable, dont les sensations sont vives, le mode d'expression est en raison du sentiment qu'elles éprouvent, et non pas en proportion du degré absolu de la contraction utérine; elles s'agitent, s'inquiètent de l'événement à chaque douleur. Plusieurs femmes, vers la fin du travail, s'endorment au moment où la douleur cesse, et se réveillent à son retour. Les douleurs expulsives deviennent en même temps plus rapprochées les unes des autres et durent plus long-temps. Si l'on fait abstraction de la résistance du col et des parties génitales, l'accouchement se termine d'autant plus promptement que les contractions des muscles abdominaux et celles de l'utérus sont plus rapprochées, plus fortes et plus longues. C'est par la nature des douleurs que l'on estime que le travail sera plus ou moins long. Quoique la dilatation du col et sa résistance soient les mêmes, on ne doit pas pour cela prononcer que les femmes accoucheront dans le même espace de temps, parce que chez l'une les contractions de la matrice peuvent être fortes, longues, se succéder rapidement; tandis que chez une autre elles peuvent être foibles et laisser des intervalles considérables entre elles. La même femme peut présenter ces variétés dans la marche du travail dans des accouchemens différens. L'accouchement est près de se terminer lorsqu'on rencontre dans les douleurs ces trois conditions, force, fréquence, et longueur dans leur durée, à moins qu'il ne se rencontre un obstacle tiré d'un défaut de proportion ou de la rigidité du col, qui en retarde l'effet ou les rende nulles.

Il seroit difficile d'assigner une raison plausible de l'intervalle considérable que l'on observe entre chaque douleur chez des femmes d'ailleurs robustes. On ne peut pas en accuser le sexe de l'enfant. L'accoucheur est témoin, chaque jour, que lorsque les accouchemens se sont terminés avec lenteur, les femmes accouchent aussi souvent de garçons que de filles. Mauriceau étoit également dans l'erreur, en soutenant que les douleurs sont plus lentes lorsque les femmes accouchent de garçons, parce qu'ils ont ordinairement la tête plus grosse et les épaules plus larges que les filles. Le volume plus considérable de ces

parties exige seulement des douleurs plus fortes et plus prolongées, mais il ne peut pas faire qu'il y ait plus d'intervalle entre chaque douleur.

Dilatation du Col.

La matrice, en se contractant, tend à chasser l'enfant contenu dans sa cavité par l'endroit qui lui offre le moins de résistance. Le col de la matrice étant une voie déjà toute ouverte, se dilate pendant les contractions de l'utérus, à moins qu'il ne se trouve dans un état contre nature. On voit assez souvent le col s'entr'ouvrir quinze jours ou trois semaines avant que le travail de l'enfantement soit commencé. Quoique les efforts de la matrice ne soient pas encore portés à un degré assez intense pour produire le sentiment de la douleur, ils peuvent suffire pour opérer le premier degré de dilatation du col. L'action de cet organe peut toute seule en procurer une assez considérable pour que la tête puisse franchir l'orifice : c'est ce que l'on voit dans les accouchemens où la poche des eaux se rompt dès le début du travail. Dans ce cas, aucun corps ne peut s'engager à la manière d'un coin dans l'ouverture de l'orifice pour en écarter les bords. La matrice toute seule opère cette dilatation, mais avec beaucoup plus de difficulté, parce qu'il manque une des causes qui secondent le plus efficacement l'action de l'utérus.

La dilatation de l'orifice de la matrice est la seconde chose à laquelle le praticien doit faire attention lorsqu'il se propose de prognostiquer sur la durée du travail. Il doit avoir égard au degré de dilatation déjà existant, à la roideur du col et à celle des parties génitales. Il faut d'autant plus de temps pour opérer une dilatation donnée, que le col est plus rigide. Les progrès de cette dilatation sont en raison directe de l'intensité des douleurs et en raison inverse de la roideur du col.

La marche des douleurs, le degré de dilatation de l'orifice, la résistance qu'il peut offrir, ainsi que les parties génitales, sont autant d'élémens que l'accoucheur doit combiner ensemble pour porter un prognostique sur la durée du travail. L'accou-

chement doit se terminer d'autant plus promptement, à moins que le fœtus ou le bassin ne présente des obstacles, que les contractions des muscles abdominaux et celles de l'utérus sont plus fortes, la dilatation de l'orifice plus grande, sa résistance et celle des parties génitales moindres.

Il est important de savoir qu'il faut beaucoup moins de temps pour obtenir une dilatation donnée vers la fin du travail, qu'il n'en faut dans le commencement. Si l'accoucheur ignoroit la différence notable qui existe entre le temps qui est nécessaire pour procurer le même degré de largeur au col dans ces deux époques, il pourroit abandonner la femme lorsque la dilatation est parvenue à la moitié de celle qui est nécessaire pour le passage de la tête, parce qu'il estimeroit que l'accouchement ne doit pas encore se terminer, quoique cependant le moment de la délivrance soit peu éloigné. Si les eaux sont écoulées de bonne heure, il y a encore une différence bien plus grande entre les dilatations opérées dès le début du travail et celles qui surviennent lorsque l'orifice a atteint la largeur d'un écu de trois livres. Dans le commencement, les contractions seules de la matrice coopèrent à la production de cette ouverture. Lorsqu'elle a une fois atteint la largeur d'un écu de trois livres, le cuir chevelu commence à s'y engager et à faire l'office de coin. J'ai même observé constamment que, lorsque dans le cas de rupture prématurée de la poche des eaux, la dilatation égale le diamètre d'un écu de trois livres, l'accouchement se termine plus promptement que si la poche des eaux existoit encore; ce qui dépend sans doute de ce que la tête étant plus solide, elle forme un coin plus exact qui force les lèvres à s'écarter plus vite.

Des Glaires sanguinolentes du Vagin.

La quantité de mucus qui lubrifie habituellement la muqueuse vaginale, déjà singulièrement augmentée vers la fin de la grossesse, devient encore bien plus considérable aux approches du travail et pendant sa durée. Cette augmentation de l'humidité naturelle dont le vagin est abreuvé dépend de

ce que les organes sécrétoires qui la fournissent sont dans un état d'irritation qui devient sensible au doigt par un développement plus grand de chaleur. Cette mucosité plus abondante est destinée par la nature à préserver ce canal des frottemens qu'il pourroit éprouver lors du passage de l'enfant, dont elle facilite le glissement et la sortie. Si une irritation modérée rend cette mucosité plus abondante en augmentant l'action des cryptes et follicules muqueux, l'expérience apprend au contraire qu'une irritation trop vive prive ces parties de la mucosité habituelle. Il survient un état de sécheresse qui exige les fumigations émollientes.

Les auteurs qui, pour expliquer cette augmentation de la mucosité, ont admis une exsudation à travers les pores des membranes qu'ils croient avoir lieu aux approches de l'accouchement, se sont donné la peine de forger des hypothèses, tandis que les lois générales des sécrétions rendent facilement raison de ce phénomène.

Il arrive assez souvent que ce mucus devient sanguinolent : les femmes disent alors qu'elles marquent. Le sang qui colore ce mucus du vagin est fourni par les vaisseaux du placenta ou du chorion, dont les contractions de la matrice occasionnent la rupture pendant le travail. La présence du sang dans ces mucosités peut même précéder de plusieurs jours l'accouchement, si une cause accidentelle a rompu quelques vaisseaux avant cette époque. Le sang paroît toujours dès le début du travail et abondamment, lorsque le placenta est attaché sur le col de la matrice. Les femmes regardent cet écoulement mélangé de sang comme le présage d'une délivrance prochaine. L'accoucheur se donne de garde de partager cette opinion, parce qu'il sait que la présence du sang est seulement l'indice de la rupture de quelques vaisseaux, qui peut avoir lieu plus tôt ou plus tard. En effet, des femmes marquent long-temps avant le travail, quelques-unes dès le commencement, d'autres vers la fin seulement, et d'autres pas du tout.

De la Poche des Eaux.

L'orifice ne peut pas se dilater sans que les eaux pressées en bas par les contractions de la matrice ne s'y engagent. En descendant, elles poussent devant elles les membranes dans lesquelles elles sont contenues, d'où résulte la formation d'une vessie molle qui s'engage de plus en plus dans l'orifice à chaque douleur, et qui en favorise la dilatation d'une manière graduée. C'est ce travail que l'on connoît sous le nom de *formation de la poche des eaux.*

Cette tumeur molle, qui se tend pendant les douleurs, fait l'office d'un coin qui élude en partie l'effort par lequel l'orifice revient sur lui-même lors des contractions de la matrice. Elle maintient la dilatation presqu'au même degré où elle étoit avant les contractions, en sorte que l'orifice se trouve disposé à céder avec plus de facilité, et à permettre, dans l'instant où la réaction des fibres du corps devient prépondérante, l'engagement d'une plus grande quantité de liquide.

La poche des eaux prend une forme différente suivant le point du bassin auquel répond l'orifice de la matrice, et suivant le plus ou moins de consistance des membranes. Elle est arrondie si l'orifice répond au centre du bassin, et qu'il se dilate également ; elle s'éloigne plus ou moins de la figure sphérique si l'orifice est appliqué contre les parois du bassin, qui s'opposent à sa dilatation en tous sens. Si le col offre de la résistance et que les membranes soient d'une contexture très-lâche, la poche des eaux est allongée en forme de boudin, comme si une main ou un pied se présentoit à l'orifice, quoique cependant la tête avance la première.

On dit que la poche des eaux est bien formée lorqu'elle déborde le cercle de l'orifice, et que la dilatation du col égale la largeur d'un écu de six livres. Si les membranes sont d'une texture ordinaire, et que les douleurs soient fortes et rapprochées, il est rare que la poche tarde à se rompre. Pendant que les contractions utérines amènent les divers changemens que je

viens d'exposer, il s'en opère en même temps de très-grands dans toutes les fonctions de l'économie, et qui sont purement sympathiques. C'est à cette époque du travail que le pouls devient plus fréquent et plus dur ; il se concentre durant les douleurs ; il se développe pendant leur intervalle ; la chaleur augmente, le visage se colore, les yeux deviennent étincelans. Cette agitation générale subsiste jusqu'à ce que l'évacuation des eaux vienne calmer l'ébranlement de la machine par la détente qu'elle produit. On entend quelquefois un bruit au moment de la rupture des membranes.

Le temps où s'opère cette rupture varie suivant que le tissu des membranes est plus ou moins serré : elle a lieu dès le commencement du travail si leur texture est lâche, et vers la fin et après de grands efforts si elles sont très-dures. L'ouverture prématurée de la poche des eaux rend pour l'ordinaire l'accouchement plus long et plus laborieux, parce que la nature n'est pas aidée dans ce travail par une des causes qui, dans les cas ordinaires, coopèrent à la dilatation de l'orifice. La poche des eaux, en s'engageant dans l'orifice dès qu'il est entr'ouvert, agit à la manière d'un coin qui tend à en écarter les bords, ce que ne peut pas faire la tête avant que la dilatation ne soit portée à la largeur d'un écu de trois livres. Lorsque la tête commence à s'y engager, elle n'est pas aussi convenable pour dilater l'orifice graduellement et sans douleur que la tumeur molle formée par la poche des eaux.

Non-seulement l'accouchement est plus long, plus douloureux pour la mère lorsque, soit spontanément, soit par l'art, la poche des eaux est rompue prématurément, mais encore l'enfant court beaucoup plus de dangers de perdre la vie. Il est plus fortement pressé lors des contractions de la matrice, qui portent directement sur lui et d'une manière inégale ; il en supporte tout l'effort ; tandis que lorsque la poche des eaux est entière, l'effet des forces expulsives se divise sur l'œuf tout entier, et devient moins nuisible pour l'enfant, qui est également serré de toutes parts, et qui ne l'éprouve que par l'intermède du liquide qui émousse cette impression.

Le cordon ombilical, qui, dans l'ordre naturel, doit flotter librement dans les eaux de l'amnios, peut être fortement comprimé contre le corps de l'enfant, de manière à intercepter la circulation.

L'écoulement prématuré des eaux fait encore courir plus de danger à la mère et à l'enfant, lorsque ce dernier est situé de manière qu'il faut le retourner pour l'extraire. L'utérus étant alors fortement et inégalement contracté sur le fœtus, la version de l'enfant, l'allongement de ses membres en deviennent très-difficiles, quelquefois même impossibles, avant qu'on ait mis en usage divers moyens propres à relâcher cet organe, comme bains, demi-bains, injections émollientes portées jusque dans la cavité utérine.

La dureté trop considérable des membranes peut retarder l'accouchement, et entraîner des accidens graves si la rupture ne se fait pas par les seuls efforts de la nature. Dans ce cas, l'enfant, en sortant, entraîne au-devant de lui les membranes qui ont trop de consistance. Or, l'expérience a appris que lorsque l'enfant naît ainsi coiffé, la femme est exposée à une hémorrhagie grave à raison du décollement trop brusque du placenta, ou à un renversement de la matrice, si les adhérences de cette masse spongieuse sont très-fortes. La superstition seule a pu tirer un horoscope favorable pour l'enfant lorsqu'il vient au monde d'une manière si fâcheuse pour la mère. Lorsque les membranes entourent ainsi très-étroitement, au moment de la naissance, toute la tête et la face, l'enfant périroit bientôt suffoqué si on ne lui portoit un prompt secours. Ce voile, qui empêche la communication de l'air extérieur avec les poumons, retarde la respiration; car l'inspiration précède toujours l'expiration chez l'enfant nouveau-né.

Les membranes ne se crèvent pas constamment sur le même point de l'orifice de la matrice. Si la poche s'ouvre le plus souvent au milieu de l'orifice, quelquefois aussi elle se déchire vers l'un des bords ou même au-dessus. Quand les membranes se déchirent au centre de l'orifice et au moment de la violence des douleurs, la totalité de l'eau contenue au-dessous de la

tête s'écoule aussitôt par la crevasse. Après un moment de repos, la matrice se contracte avec plus de force qu'auparavant, parce qu'elle est alors appliquée immédiatement sur le corps de l'enfant.

Il peut cependant arriver, lorsque la tête est très-basse et volumineuse, qu'elle s'applique exactement sur l'orifice au moment de la rupture de la poche, et qu'elle retienne une grande partie des eaux derrière elle. Lorsque ce phénomène a lieu, le travail en est toujours allongé; car les eaux ne peuvent s'écouler que petit à petit, et seulement au commencement et à la fin de chaque contraction de la matrice. On voit quelquefois qu'il ne s'écoule point d'eau, même pendant les contractions de la matrice, si l'orifice est déjà suffisamment dilaté pour que la tête puisse s'y engager de plus en plus pendant chaque douleur; elles sont retenues jusqu'après la sortie de la tête, qui fait l'office d'un tampon, et assez souvent jusqu'après celle du tronc. Si l'enfant est expulsé d'une manière brusque, on voit quelquefois le liquide jaillir à une assez grande distance, et inonder les assistans.

Lorsque la tête ne peut pas encore s'engager dans l'orifice pendant les contractions, voici les phénomènes que l'on observe. A chaque douleur la matrice presse latéralement la tête, qui répond à l'orifice. Dans le commencement des contractions, l'effort exercé par le fond de l'utérus ne portant pas encore sur le corps et les fesses de l'enfant, mais seulement sur le liquide qui se trouve interposé entre eux en plus ou moins grande quantité, et qui devient la résistance, l'enfant, pressé seulement vers l'orifice, doit donc gagner le fond de la matrice, tandis que les eaux se portent vers l'orifice. Lorsque la contraction est dans toute sa force, l'effort se transmet jusqu'au tronc, ce qui force la tête, qui s'étoit éloignée de l'orifice au commencement de la douleur, à descendre et à s'appliquer sur l'orifice; les eaux cessent de couler pour paroître de nouveau vers la fin de la douleur. Dès que les contractions cessent, la tête reprend sa place, et suspend l'écoulement des eaux. Si on touche la femme dans ce cas, on sent au commen-

cement de chaque douleur, que la tête recule tant soit peu. Le toucher apprend aussi, quoiqu'il soit peut-être difficile d'en rendre raison, que la tête ne porte pas exactement sur l'orifice vers la fin des douleurs. On sent couler les eaux dans cet instant si le doigt a été porté vers l'orifice. Ce moment m'a toujours paru le plus favorable pour faire écouler les eaux, en soulevant la tête, comme Puzos en a donné le conseil : ce qui est le seul moyen de hâter le travail.

A chaque douleur, les mêmes phénomènes se renouvellent jusqu'à ce que la totalité des eaux soit écoulée. Alors seulement la tête peut avancer pendant toute la durée des contractions, parce que l'enfant est comprimé en tout sens; tandis que lorsqu'il y avoit des eaux derrière lui, la tête seule étoit comprimée pendant long-temps.

Lorsque les eaux coulent ainsi à chaque douleur, soit parce qu'elles sont retenues derrière la tête, soit parce que la poche s'est rompue prématurément, les jambes, les cuisses se refroidissent. La femme en est très-incommodée, si l'on n'a pas l'attention d'appliquer de temps en temps des linges chauds pour sécher les parties et y entretenir la chaleur.

Quand la poche des eaux se déchire vers l'un des bords de l'orifice, ou même au-dessus, il ne s'écoule qu'une partie du fluide : il peut en rester encore assez pour que la poche puisse se durcir pendant les douleurs. Le travail en est toujours allongé si cette poche tarde à se rompre une seconde fois. Les eaux ne peuvent s'écouler qu'à mesure que la tête, en s'avançant vers l'orifice, force les eaux à refluer vers la crevasse. La rupture des membranes sur ce point plus ou moins éloigné de l'orifice est un indice qu'elles sont trop consistantes inférieurement, et doit faire craindre que la tête en descendant ne les entraîne au-devant d'elle, ce qui exposeroit la mère à des accidens graves. Si cette seconde poche ne se rompt pas spontanément, on doit la déchirer dès qu'elle paroît à la vulve, comme on le pratique dans le cas où les membranes sont trop consistantes.

De la Rupture de la poche des eaux opérée par l'art pendant le travail de l'enfantement.

Les vues que je vais présenter ici ont déjà été publiées dans un mémoire auquel j'avois donné pour titre : *Examen critique des préceptes donnés par les accoucheurs sur la rupture de la poche des eaux opérée par l'art pendant le travail de l'enfantement.* L'opération la plus simple, la plus facile de l'art des accouchemens est sans contredit celle de la rupture de la poche des eaux, qui n'exige le plus souvent que le doigt de l'opérateur. Pratiquée à contre-temps, elle peut devenir la source de beaucoup d'accidens pour la mère et pour l'enfant.

Il est des cas où il peut être utile et même indispensable de rompre la poche des eaux; il en est d'autres où il seroit dangereux de suivre le conseil donné par quelques accoucheurs, de faire écouler les eaux. Pour déterminer d'une manière sûre quand on doit procéder à la rupture de la poche ou s'en abstenir parce qu'il seroit nuisible de la diviser, je commencerai par établir quelques règles générales que l'accoucheur ne doit jamais perdre de vue, et qui seront autant d'axiomes qui doivent lui servir de terme de comparaison pour adopter ou rejeter les préceptes donnés par les accoucheurs sur sa rupture opérée par l'art pendant le travail. Toutes les fois que ces préceptes rapprochés de ces règles invariables seront d'accord avec elles, il sera utile de diviser les membranes, tandis qu'il sera nuisible de le faire lorsqu'ils se trouveront en contradiction avec elles.

L'utilité de la poche des eaux est si évidente et si généralement reconnue par les accoucheurs, qu'on ne doit jamais la rompre que dans le cas de nécessité absolue. En effet, la tête n'est pas aussi convenable pour dilater l'orifice graduellement et sans douleur, que la tumeur molle formée par la vessie qui contient les eaux de l'amnios. Tant que la poche des eaux subsiste, l'enfant court beaucoup moins de dangers de perdre la vie. Il est surtout important de la conserver jusqu'au dernier

moment lorsque l'enfant est situé de manière qu'il faudroit le retourner pour l'extraire. En effet, si on rompoit les membranes avant le temps convenable lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant, cette méprise rendroit la version plus difficile, plus dangereuse, l'introduction de la main plus douloureuse, la compression du cordon ombilical plus forte, le dégagement de la tête à travers l'orifice, qui ne seroit pas encore suffisamment dilaté, plus difficile et plus fâcheux pour l'enfant. C'est d'après ces principes que les accoucheurs ont établi que, dans les circonstances mêmes où la mauvaise situation de l'enfant rend l'accouchement contre nature, on doit attendre, pour opérer, le moment de l'ouverture de la poche des eaux, ou bien ne la diviser, s'il est nécessaire de le faire, que dans l'instant où il seroit indiqué d'y procéder, lors même que la tête se présenteroit convenablement, et peut-être même plus tard que si l'accouchement pouvoit encore être confié à la nature après cette rupture. D'ailleurs, ce cas n'est pas rigoureusement applicable à l'état de la question. On ne pratique pas ici la rupture par l'art, parce qu'il surviendroit des accidens si on l'attendoit des efforts de la nature, mais parce qu'on pense qu'en rompant soi-même les membranes, et qu'en introduisant la main avant que la totalité des eaux soit écoulée, l'enfant étant plus mobile, elle parviendra plus facilement jusqu'aux pieds, et qu'on le retournera avec beaucoup moins de douleur pour la mère, en même temps qu'il y aura moins de danger pour l'enfant. En opérant immédiatement après la rupture spontanée de la poche, on trouveroit la même facilité et les mêmes avantages.

Le temps où l'on doit faire écouler les eaux, la manière d'y procéder doivent être différens, suivant que cette indication se présente à remplir dans un accouchement naturel ou dans un accouchement contre nature ou artificiel. Dans un accouchement naturel on peut rompre la poche des eaux, soit dans l'intention d'accélérer le travail qui est trop lent, soit dans la vue de retarder celui qui est trop prompt. Les indications qui peuvent se présenter de faire écouler les eaux prématurément

ne sont pas toujours faciles à reconnoître. Il est bien plus urgent, dans un accouchement contre nature, de satisfaire promptement aux indications qui se présentent d'ouvrir la poche des eaux. Un danger plus grand et plus prochain menace les deux individus, si on diffère de les secourir par cette opération, dont l'utilité est encore plus évidente dans ce cas que dans le premier.

Énumération des diverses complications qui présentent, dans un accouchement naturel, l'indication de rompre la poche des eaux, ou au moins dans lesquelles les accoucheurs ont cru qu'il seroit utile de le faire.

On ne doit jamais percer les membranes, dans un accouchement naturel, quand on rompt la poche des eaux dans la vue de l'accélérer, à moins qu'on ne rencontre les trois conditions suivantes : 1°. dilatation de l'orifice de la matrice assez considérable pour se confondre, pour ainsi dire, avec le vagin ; 2°. poche des eaux assez bien formée pour qu'elle déborde non-seulement le cercle de l'orifice, mais encore pour qu'elle soit à fleur des grandes lèvres, et proémine, pour ainsi dire, déjà hors du vagin, ce qui devient un indice certain de son inutilité : c'est alors seulement que l'on a à craindre, si on n'en opéroit pas la rupture, que l'enfant n'entraînât au-devant de lui les membranes trop consistantes : ce mode de naissance, comme je l'ai dit, expose la mère et l'enfant à des accidens graves ; 3°. certitude que la tête est assez profondément engagée pour occuper, aussitôt après la rupture, le lieu qui jusqu'alors avoit été rempli par la vessie que formoient les membranes distendues par les eaux de l'amnios ; car si l'orifice ne pouvoit pas encore admettre complètement la tête à travers sa dilatation, indépendamment des dangers que l'on feroit courir de plus à l'enfant, on retarderoit l'accouchement.

Un seul cas semble faire exception aux règles générales que je viens d'établir pour déterminer l'instant où il est indiqué de rompre la poche des eaux dans un accouchement naturel :

c'est celui dont M. Baudelocque fait mention dans son ouvrage. Lorsqu'à raison de sa mobilité, l'enfant présente tantôt une partie, tantôt l'autre à l'orifice de la matrice, on doit ouvrir, dit-il, la poche des eaux, quelque peu considérable que soit la dilatation, pourvu que le travail soit bien établi, si l'enfant vient à offrir la tête à l'entrée du bassin. En faisant écouler les eaux, on fixe irrévocablement cette partie à l'orifice : si on allonge le travail, on a l'avantage de substituer un accouchement naturel à un autre qui auroit pu devenir contre nature. Quoique les raisons sur lesquelles est motivée cette conduite soient spécieuses, il en est d'autres qui doivent peut-être rendre l'accoucheur timide à adopter ce précepte dans la pratique. D'abord, il y a autant à espérer que la tête ne cessera pas de correspondre à l'entrée du bassin, qu'il y a lieu de craindre qu'elle s'en éloignera : or, pour éviter la version de l'enfant, qui ne seroit probablement pas devenue nécessaire, faut-il procurer un accouchement qui, quoique terminé spontanément, ne seroit guère plus avantageux que celui où l'on amèneroit l'enfant par les pieds, à une époque où il seroit très-mobile et l'orifice amplement dilaté? De la part de la mère, travail plus long, plus douloureux; de la part de l'enfant, plus de danger de perdre la vie, parce qu'il n'est pas protégé, ainsi que le cordon ombilical, par la présence salutaire des eaux contre les contractions de la matrice.

Si on fait l'application des règles que je viens d'établir, on verra que l'on doit ranger parmi les diverses circonstances qui présentent l'indication d'ouvrir la poche des eaux, dans un accouchement naturel, les complications suivantes :

1°. Toutes les fois que la poche reste flasque pendant les douleurs, il est indispensable de diviser les membranes dès le premier moment où l'on trouve réunies les trois conditions que j'ai exigées avant de procéder à cette rupture, qui, outre que cette poche est inutile, ne sauroit s'effectuer spontanément dans le temps convenable.

Lorsque la mollesse extrême des membranes leur permet de céder à la moindre impulsion, et de former une poche allon-

gée qui se porte en avant comme si l'enfant présentoit un bras ou un pied, quoique néanmoins la tête réponde à l'orifice, ne seroit-il pas plus avantageux de les rompre avant que la dilatation fût portée au degré que l'on exige communément avant d'y recourir, tant qu'il n'existe point d'accidens? La poche des eaux ne faisant pas dans ce cas l'office de coin en réagissant contre l'orifice, la dilatation est opérée par l'action seule de la matrice; tandis que si on la rompt dès que l'orifice est entr'ouvert d'une quantité égale à celle de la largeur d'un écu de trois livres, le cuir chevelu commençant à s'y engager et à faire l'office de coin, la matrice se trouve aidée dans son action pour dilater le col. Quoique je regarde comme constant qu'en se comportant ainsi on abrégeroit le travail, j'hésite cependant à donner ce conseil, parce qu'on feroit courir plus de dangers à l'enfant, qui est serré pendant long-temps immédiatement par la matrice, pour épargner quelques douleurs à la mère, qui consentiroit volontiers à les éprouver si elle savoit que, pour les éviter, il faut nécessairement que son enfant vienne au monde d'une manière moins douce.

2°. On doit aussi diviser les membranes lorsqu'elles sont appliquées immédiatement sur la tête, qui étant déjà fort basse, empêche les eaux de descendre pour les distendre.

3°. Il faut encore rompre la poche des eaux lorsque la quantité du liquide de l'amnios est si petite, qu'elle ne peut pas se former pendant le travail, et acquérir le degré de tension suffisant pour dilater les parties et se rupturer dans le temps convenable. Il faut, dès que l'orifice a acquis graduellement la dilatation requise, et que les douleurs sont dans toute leur force, déchirer les membranes en les pinçant avec quelques doigts.

4°. Plusieurs accoucheurs conseillent de rompre les membranes pour ranimer les douleurs qui sont foibles : ils pensent que, lorsque le travail est retardé par l'inertie seule de la matrice, il peut arriver, après l'écoulement des eaux, que le viscère, augmenté dans son épaisseur, irrité par le corps de l'enfant, se contracte avec plus de force. Quoique j'admette

avec tous les accoucheurs que l'utérus, après l'écoulement des eaux, réagit bien plus vivement sur le corps de l'enfant, je ne crois pas pour cela avec eux qu'il soit indiqué de rompre la poche. L'avantage qui peut résulter de cette rupture pour l'accélération de l'accouchement peut-il contre-balancer les dangers que court de plus l'enfant? N'est-il pas plus sage d'employer d'autres moyens pour exciter les contractions de la matrice et de respecter la poche? On devroit surtout s'abstenir de la rompre dans la vue de ranimer les douleurs languissantes, si à l'époque où l'on se propose d'exciter l'action de l'organe utérin, la dilatation de l'orifice n'étoit encore que médiocre. D'ailleurs, cette rupture n'est ni un moyen sûr, ni un moyen puissant de ranimer les douleurs. J'ai vu souvent qu'après la division des membranes, les contractions n'en devenoient pas plus fortes.

5°. Le conseil de rompre la poche des eaux dans un accouchement que l'on croit être retardé par la consistance trop grande des membranes, donné pour la première fois par Justine Siegmundin, célèbre accoucheuse de Berlin, pratique recommandée depuis par plusieurs accoucheurs, ne doit être adopté qu'avec beaucoup de circonspection. En général, dans ce cas, on doit diviser les membranes le plus tard possible, et seulement lorsqu'il devient nécessaire de le faire pour éviter les accidens que j'ai dit survenir lorsque l'enfant les entraîne au-devant de lui en venant au monde. On doit, au contraire, s'abstenir de cette opération tant qu'il ne peut résulter d'autre inconvénient du trop de consistance des membranes, qu'un peu de retard dans la sortie de l'enfant, et un peu plus de durée dans les souffrances de la mère. Si en se comportant ainsi, la femme éprouve quelques douleurs de plus durant le travail, elles ne sont pas toujours en pure perte; pour l'ordinaire elles lui en épargnent d'autres après les couches, en la mettant à l'abri des tranchées, ou en diminuant leur violence. Toutes choses égales d'ailleurs, les femmes sont d'autant moins tourmentées de tranchées, que le travail s'est terminé avec plus de lenteur.

6°. A ce cas doit se rapporter celui de la seconde poche qui se forme lorsque les membranes se déchirent vers l'un des bords de l'orifice, ou même au-dessus. Cette rupture sur un point éloigné du centre de l'orifice devient une présomption qu'elles sont d'un tissu très-serré inférieurement, puisqu'elles ont résisté à l'effort qui se dirigeoit du fond vers l'orifice. Le travail en est toujours allongé en pure perte pour l'enfant, parce que les eaux ne peuvent s'écouler que petit à petit, à mesure que la tête en s'avançant vers l'orifice, les force à refluer vers la crevasse. Pendant tout ce temps, la tête ne pouvant s'avancer et s'engager à travers l'orifice, la dilatation croît très-lentement, parce qu'elle est opérée par les contractions seules de la matrice. Si cette seconde poche tarde à se rompre spontanément, on doit toujours la déchirer pour éviter que la tête, en descendant, n'entraîne les membranes au-devant d'elle, ce qui exposeroit la mère à des accidens graves. On ne devroit cependant pas rompre cette poche si ce phénomène se présentoit au début du travail : elle seroit alors utile pour opérer la dilatation du col. Si les eaux ne font qu'imparfaitement l'office de coin, parce que, pendant les contractions, la tête les force à refluer latéralement, elles servent au moins à conserver à l'enfant sa mobilité, et à le préserver de la pression à laquelle il seroit soumis jusqu'à ce que la dilatation fût suffisante. Il seroit encore plus urgent de la respecter si, dans ce cas, l'enfant étoit situé de manière que l'on seroit forcé de l'extraire par les pieds; la version en sera plus facile et moins dangereuse, l'enfant étant moins pressé.

7°. Toutes les fois que la matrice est distendue par une quantité énorme d'eau, si l'on veut prévenir les pertes dépendantes de l'inertie de ce viscère, on doit, suivant Levret, les faire écouler de bonne heure, pour que l'organe revienne graduellement sur lui-même, et que l'enfant ne soit pas comme entraîné par le flot du liquide. L'excès des eaux de l'amnios, qui est un vice assez commun, peut nuire de plusieurs manières pendant l'accouchement. Les parois de la matrice en sont distendues outre mesure durant la grossesse. Cette tension trop forte leur fait

perdre leur ton, rend les contractions plus foibles et moins efficaces. L'accouchement terminé, s'il l'est d'une manière brusque, comme cela a nécessairement lieu, lorsqu'on attend dans ce cas la rupture spontanée des membranes, l'enfant s'échappant avec les eaux, la femme est exposée à une hémorrhagie grave dépendante de l'inertie de l'utérus, qui est augmentée par l'état de stupeur où la jette une déplétion trop subite. On ne doit pas attendre pour diviser les membranes que la dilatation soit portée au degré que l'on exige dans les autres cas, avant de pratiquer cette opération. Comme on rompt la poche dans la vue de retarder le travail, il faut que la tête ne puisse pas sur-le-champ occuper sa place et faire l'office de coin aussi exactement qu'elle. L'enfant a moins à redouter de la part de cette rupture, parce que l'orifice offre peu de résistance. La compression du cordon ombilical sera aussi moindre. D'ailleurs, si par cette rupture prématurée, on fait courir quelques dangers de plus à l'enfant, ils ne sont pas à comparer à ceux auxquels seroit exposée la mère dans plusieurs cas si on l'omettoit.

8°. Un accouchement terminé avec trop de promptitude expose la mère à de grands dangers. Après une évacuation si subite, la matrice reste dans un état de stupeur qui s'oppose à son retour sur elle-même, et la dispose à des hémorrhagies opiniâtres, et quelquefois même à se renverser. La compression continuelle exercée par la matrice sur les viscères du bas-ventre venant à cesser tout-à-coup, les fluides s'y portent avec impétuosité, et produisent tous les maux qui accompagnent la paracentèse pratiquée avec peu de précaution, comme lipothymies, stases des humeurs, engorgemens, coliques.

Toutes les fois qu'on est appelé pour un accouchement dont les douleurs se succèdent rapidement, on doit donc prolonger le travail le plus qu'il est possible. Pour cela, l'accoucheur doit ouvrir les membranes avant que la dilatation soit suffisante pour recevoir la tête de l'enfant; mais il faudroit se donner de garde de faire écouler les eaux si la dilatation étoit

assez grande pour permettre à la tête de s'engager facilement et de faire l'office de coin. La tête offrant plus de résistance que la poche des eaux, on accéléreroit le travail loin de le retarder. Dans l'ordre naturel, les contractions de la matrice doivent devenir plus intenses quelque temps après l'écoulement du liquide, parce qu'elle est irritée par le corps de l'enfant sur lequel elle s'applique.

Le précepte que je viens de donner de retarder l'accouchement le plus que l'on peut, ce que l'on obtient spécialement par la rupture prématurée des membranes, en mettant la femme à l'abri des pertes, devient en outre un moyen propre à prévenir les tranchées à la suite des couches, lorsqu'elles sont produites par du sang qui s'est coagulé dans la matrice; car l'on sait que les femmes sont d'autant plus sujettes aux tranchées de cette espèce, que l'accouchement a été plus prompt.

Circonstances dans lesquelles on doit rompre la poche des eaux dans un accouchement contre nature.

Les complications principales qui présentent l'indication de faire écouler les eaux dans un accouchement contre nature, sont :

1°. *L'hémorrhagie utérine.* On regarde communément Puzos comme le premier qui ait donné le précepte de rompre les membranes pour arrêter cette espèce d'hémorrhagie, et comme un moyen convenable pour éviter la version de l'enfant, qui lui fait toujours courir tant de dangers. L'utilité de cette méthode, que l'on peut faire remonter jusqu'à Mauriceau, qui conseille dans plusieurs endroits de son ouvrage de faire écouler les eaux dans le cas de pertes, est trop généralement reconnue pour qu'il soit nécessaire de s'arrêter à en prouver les avantages; mais ce qu'il n'est pas inutile de rappeler, c'est que la rupture de la poche des eaux ne peut pas convenir pour suspendre une hémorrhagie dépendante de l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice. Dans ce cas, la méthode de

Puzos ne peut pas présenter les avantages qu'on lui reconnoît lorsqu'il s'agit de suspendre les pertes ordinaires. Loin de diminuer après l'écoulement des eaux, la perte qui tient au siége du placenta sur l'orifice doit au contraire augmenter. Les contractions devenant plus énergiques, l'orifice se dilate de plus en plus; il ne peut pas s'entr'ouvrir sans que cette masse spongieuse ne perde ses adhérences, et ne fournisse une hémorrhagie plus ou moins grave.

Lorsque je traiterai des circonstances qui peuvent rendre l'accouchement contre nature, j'indiquerai quels sont les symptômes au moyen desquels on peut reconnoître pendant la grossesse, et surtout pendant le travail, que l'hémorrhagie doit être attribuée à l'implantation du placenta sur l'orifice, quoiqu'il ne soit pas encore dilaté de manière à permettre au doigt d'y parvenir.

Il est également important d'indiquer qu'on ne doit pas rompre les membranes dans les hémorrhagies qui ont lieu dans les trois premiers mois de la grossesse: l'hémorrhagie, loin de cesser après l'écoulement des eaux et l'issue du fœtus, ne feroit qu'augmenter. (*Voyez* article *Délivrance.*) L'extraction du placenta devenant souvent impossible après cette rupture, l'hémorrhagie doit durer bien plus long-temps, parce qu'elle est entretenue par la présence d'un corps étranger dans la matrice. Tant qu'elle ne se sera pas débarrassée complètement du placenta, on ne peut pas attendre la cessation de la perte. Il est donc évident qu'en rompant la poche des eaux dans les avortemens qui ont lieu dans les trois premiers mois de la grossesse, les pertes, loin d'être arrêtées, n'en deviennent que plus rebelles et plus longues.

2°. *Les Convulsions.* Les convulsions en général ne présentent pas l'indication de rompre les membranes pour faire écouler les eaux. La présence du liquide devient au contraire nécessaire pour protéger l'enfant contre les contractions désordonnées de la matrice, et assurer ses jours, qui sont dans le plus grand danger lorsqu'il est embrassé par la matrice atteinte de mouvemens convulsifs. La matrice étant plus vivement

irritée lorsqu'elle s'applique immédiatement sur le corps de l'enfant, est encore plus exposée à se resserrer spasmodiquement. Cette irritation peut devenir une nouvelle cause de convulsions, et en rendre les suites plus fâcheuses, en sur-ajoutant au danger qui naissoit de la première. On ne doit considérer la rupture de la poche des eaux comme avantageuse dans le cas de convulsions, qu'autant que, par ce procédé, on peut faire cesser la cause qui les avoit produites, ce qui peut arriver dans deux cas.

Premier cas. Les convulsions ne se manifestent que pendant le cours du travail de l'enfantement, et lorsqu'il est dans toute sa force : tous les symptômes qu'éprouve la femme indiquent qu'elles sont dues à l'engorgement du cerveau. La compression exercée par la matrice sur l'aorte abdominale, pendant les efforts de l'accouchement, s'opposant au passage libre du sang dans les vaisseaux du bas-ventre et dans ceux des membres abdominaux, le sang se porte en plus grande quantité vers le cerveau, sur les nerfs duquel il exerce une pression fâcheuse. Dans ce cas, après avoir dégorgé le cerveau par une saignée proportionnée au degré de son engorgement, on conçoit qu'il peut être utile d'ouvrir la poche des eaux. Par là, le volume de la matrice étant diminué, l'aorte abdominale sera moins comprimée, et le sang se portera en plus grande quantité vers la partie inférieure du tronc. Cette espèce de convulsion, dépendante de l'engorgement du cerveau, à raison de la violence du travail, doit être soigneusement distinguée des convulsions produites par la sensibilité extrême de la matrice, et par la douleur vive qui accompagne la dilatation du col ou sa déchirure. Dans ces dernières, en rompant la poche, on augmenteroit encore les convulsions, on sur-ajouteroit à leur danger, parce que le col sera plus froissé par la tête de l'enfant que par la poche.

Deuxième cas. Quelques auteurs ont pensé que l'on pouvoit quelquefois attribuer les convulsions à la distension énorme de la matrice par une quantité considérable d'eau. En admettant que cette distension pût devenir une cause de convulsions,

l'évacuation des eaux, en détendant la matrice, les feroit probablement cesser.

De la Manière de rompre la poche des eaux.

Le procédé que l'on emploie doit varier suivant la circonstance qui détermine à rompre les membranes, et selon le degré de tension de la poche. Lorsqu'on rompt les membranes parce qu'elles résistent trop long-temps, le moment le plus favorable pour le faire est celui où les douleurs sont dans toute leur force et très-rapprochées. Dans l'instant où la poche est fortement tendue, on y enfonce le doigt ou un corps pointu, comme une aiguille de bas, un cure-oreille. Si on emploie le doigt, on ne réussit pas toujours la première fois : on doit attendre une nouvelle douleur pour faire la même tentative. Lorsque les membranes sont très-consistantes, elles peuvent éluder par leur résistance l'action du doigt. Il est alors plus simple de les ouvrir avec un instrument pointu, plutôt que de s'amuser à les racler avec l'ongle pour en affoiblir le tissu. Comme dans ce cas la poche est près de la vulve, lorsqu'il est indiqué de la diviser, la précaution d'armer la pointe de l'instrument d'une boule de cire pour éviter de blesser l'enfant est inutile. L'espèce de dé terminé par une pointe, et dont on arme le doigt indicateur, conseillé par Stein, est un instrument très-convenable pour rompre les membranes lorsque le doigt ne suffit pas.

Mais si la poche des eaux est flasque pendant les douleurs, ou bien si les membranes sont appliquées immédiatement sur la tête, qui étant déjà fort basse empêche les eaux de descendre pour les distendre, on ne peut pas, s'il est nécessaire de la rompre, y réussir avec le doigt, ni avec aucun des instrumens pointus dont j'ai parlé. La poche cédant à l'effort, on blesseroit l'enfant. Dans ces cas, pour déchirer les membranes, il faut les pincer du bout de deux doigts.

Quel que soit le procédé que l'on adopte pour ouvrir la poche des eaux, il faut prendre garde de ne pas la confondre

avec une tumeur qui survient au cuir chevelu, laquelle est élastique et prête sous le doigt, et dans laquelle il peut y avoir un fluide d'épanché. Si les membranes existent, on peut les faire glisser entre le doigt et la tête. Quand on peut sentir les cheveux, les membranes sont rompues. Lorsque l'enfant est atteint d'hydrocéphale, on conçoit facilement qu'il est possible, quand on est inattentif, de prendre pour la poche des eaux la tumeur molle formée par la tête qui se tend, comme elle, dans le moment des douleurs. Lorsque l'enfant présente le siége, on pourroit encore prendre pour la poche des eaux une hydrocèle dont il seroit atteint. Il faut apporter la même attention pour distinguer cette poche du corps même de la matrice, dont la tête, parvenue dans l'excavation, est quelquefois recouverte. Ce qui peut induire en erreur, c'est que l'on ne rencontre pas sur cette tumeur, qui est lisse et tendue comme les membranes, l'orifice de la matrice, qui est fortement porté en arrière. On peut tomber dans cette méprise dans les grandes obliquités, où la tête, en avançant, pousse la matrice devant elle. Dans tous les cas, avant de prononcer que la poche existe encore, il faut s'assurer que la tumeur que l'on palpe est environnée d'un bourrelet que le doigt peut circonscrire.

Si l'on n'a pas pu reconnoître la position de l'enfant et la partie qui se présente avant l'ouverture de la poche des eaux, ce qui arrive quelquefois, on doit toucher la femme immédiatement après cette rupture, pour s'assurer si la tête s'engage, et si elle se présente en outre d'une manière favorable ou non : car c'est le moment d'aider la nature ou même de la suppléer, si elle ne peut pas terminer toute seule l'accouchement.

Après l'écoulement des eaux, on peut reconnoître en même temps le degré de dilatation de l'orifice et la partie que présente l'enfant; mais si on pratique le toucher avant leur issue, on doit y recourir deux fois pour acquérir cette double connoissance. C'est dans le moment d'une douleur que l'on peut reconnoître si les membranes engagées dans le vagin présentent une surface large, aplatie, et estimer le degré de dilatation de l'orifice en parcourant sa circonférence. Dans un instant de calme, si on

cherche à estimer le degré de dilatation en écartant les lèvres, on peut prendre le déplacement du col pour la dilatation de cette partie. Au contraire, c'est dans l'intervalle des douleurs que l'on reconnoît la partie qui se présente, parce qu'elle s'adapte par son propre poids à l'orifice. Dans le temps de la douleur, la partie de l'enfant qui se présente est plus éloignée; car les eaux se portent vers l'orifice de la matrice, et font remonter l'enfant vers le fond de ce viscère.

Soins à donner à la femme pendant le travail de l'enfantement.

L'accoucheur doit d'abord commencer par s'assurer par le toucher de la conformation du bassin, surtout si c'est un premier accouchement, de la situation de la matrice et de la partie que présente l'enfant. La constitution de la femme, qui est tantôt vigoureuse, tantôt délicate, les circonstances variées qui peuvent compliquer le travail, font varier les secours que l'on doit donner aux femmes pendant sa durée.

On doit leur recommander de se mettre à l'aise dans leurs habits, de tenir tous les cordons de leurs vêtemens très-lâches, car la moindre ligature les incommode à cette époque. Se plaindre paroît un besoin qu'éprouve tout individu qui souffre. Il ne seroit donc pas naturel d'exiger de la femme, vers les derniers instans du travail, qu'elle cherche à étouffer ses cris, plutôt que de suivre l'impulsion qui la porte à manifester sa douleur par ce signe extérieur. On doit seulement la détourner de pousser des cris immodérés, comme le font quelques femmes, qui par là prolongent le travail, parce qu'au lieu de seconder pendant ce temps, par leurs efforts, les contractions de la matrice, elles s'épuisent en criant jusqu'à extinction de voix.

Un des moyens les plus sûrs pour engager les femmes qui poussent des cris immodérés pendant le travail à souffrir plus patiemment, seroit de leur représenter que l'on a vu souvent, dans des accouchemens laborieux, cette circonstance produire subitement cet engorgement de la glande thyroïde connu sous

le nom de *goître*. Dans celui dont les femmes sont atteintes pour avoir fait en accouchant de violens efforts, ou pour avoir retenu leur respiration, la glande thyroïde est saine, mais le tissu cellulaire qui la recouvre est comme soufflé; ce qui donne à cette tumeur une sorte de mollesse emphysémateuse. D'autres auteurs ont pensé que la production de ce phénomène devoit être attribuée à l'air qui s'introduit dans les globules de la glande, en pénétrant par ses conduits thyroïdo-laryngiens.

Le changement subit que j'ai vu arriver plusieurs fois dans la marche des douleurs, lorsqu'une personne, dont la présence déplaisoit à la femme qui étoit en travail, venoit à entrer dans sa chambre pour l'aider de ses services, m'a fait adopter pour pratique journalière de demander à celles qui sont dans cet état quelles personnes elles veulent auprès d'elles dans cet instant, et de ne permettre à aucune autre d'y assister. On voit des femmes être fatiguées même par la présence de leur mère, d'une tante, d'une sœur. Quand une fois on connoît cette antipathie de la femme, quels que soit le rang, la proximité de la personne dont la présence lui est désagréable, l'accoucheur doit avoir assez d'adresse pour lui faire connoître qu'elle est inutile, ou si elle ne devine pas son intention, assez de courage pour la prier de se retirer.

S'il y a quelque temps que la femme n'a été à la selle, on lui fait prendre un lavement. Par cette précaution, on vide les gros intestins, et surtout le rectum, des excrémens qui pourroient rendre l'accouchement plus difficile. Par ce moyen non-seulement on aide le travail, mais encore on peut prévenir le désagrément de voir sortir les excrémens pendant que l'on soutient le périnée. Si le travail dure depuis long-temps; s'il y a douleur des lombes, ou si la femme se plaint d'une chaleur considérable dans l'abdomen, on doit faire prendre plusieurs lavemens. Lorsqu'il y a beaucoup de chaleur, au lieu d'eau simple, on peut employer une décoction de graine de lin.

Si la femme demande quelqu'aliment, on ne doit lui accorder que du bouillon lorsque le travail est fort avancé, et que, d'après la régularité des douleurs, on doit présumer qu'il est

près de se terminer. Au contraire, si le travail ne fait que commencer, surtout si l'on juge qu'il doit durer long-temps parce que les eaux se sont écoulées de bonne heure, ou qu'il doit se faire par des douleurs lombaires (de reins), il est nécessaire de soutenir les forces en donnant des alimens plus solides, tels que des potages.

La boisson que l'on accorde à la femme qui est altérée doit varier suivant qu'elle est foible ou vigoureuse. L'eau sucrée, une eau de chiendent, de groseille et autres semblables, sont les boissons qui conviennent à la femme qui conserve la force suffisante pour accoucher. On peut permettre pour boisson de l'eau rougie avec le vin aux femmes qui la préféreroient; mais il faut les prévenir qu'elle occasionne souvent des aigreurs et même le vomissement auquel certaines femmes sont déjà très-disposées naturellement vers la fin du travail, soit qu'il soit sympathique, c'est-à-dire déterminé par l'irritation qu'éprouve l'utérus, soit qu'il dépende de la forte pression que les muscles abdominaux exercent sur l'estomac pendant leur contraction.

Lorsque la femme est foible, on doit soutenir les forces en donnant quelques cuillerées d'excellent vin vieux d'Alicante, de Malaga, de bon bouillon, des œufs frais; mais le vin chaud avec la cannelle et le sucre, les liqueurs spiritueuses, comme l'eau-de-vie, certains élixirs dont les femmes du peuple font usage pendant le travail, leur sont toujours nuisibles, lors même qu'elles seroient du nombre de celles auxquelles on doit accorder quelques substances propres à soutenir les forces. Ces boissons incendiaires les exposent à des pertes abondantes et à un état d'ivresse qui suspend pour plusieurs heures les forces contractiles non-seulement des puissances auxiliaires qui concourent à l'accouchement, mais encore celles de la matrice. L'abus du vin et des autres liqueurs alcoolisées, pendant le travail, accélère la respiration, augmente la chaleur, la force et la vitesse du pouls, anime et colore le visage. Si le travail est assez avancé pour qu'il puisse se terminer dans ce premier moment de réaction, il en est accéléré dans quelques cas, mais en fai-

sant courir à la femme qui s'est livrée à cet excès de très-grands dangers. Mais s'il ne peut pas se terminer pendant la durée de l'excitation que l'abus des liqueurs spiritueuses suscite dans toutes les fonctions de la vie intérieure dont il augmente l'activité, il en est toujours retardé pour plusieurs heures; et on le voit souvent cesser totalement, parce qu'il ne tarde pas à engourdir l'action de la matrice, comme le prouve l'absence des douleurs. Les fonctions du cerveau, l'action des muscles volontaires en éprouvent aussi des atteintes, comme l'indiquent l'assoupissement plus ou moins long qui accompagne cet excès, et l'engourdissement des organes locomoteurs. L'absence des douleurs commence avec l'affoiblissement des fonctions de l'organe cérébral, et dure autant que lui; ce qui porteroit à croire que les dérangemens du cerveau exercent peut-être quelque influence sur l'action de l'utérus pendant le travail, quoique ce rapport sympathique soit contesté par plusieurs physiologistes modernes.

S'il est quelques secours qui, administrés à la femme avant l'accouchement, peuvent le faciliter, il est beaucoup de pratiques, de manœuvres encore usitées parmi les sages-femmes dont on doit les détourner, parce que, quoiqu'elles soient recommandées par des auteurs illustres dans l'art des accouchemens, elles sont cependant plutôt propres à retarder la délivrance qu'à l'accélérer, et à troubler la nature dans son ouvrage. Aucun secours ne peut être utile à la femme pendant le travail, à moins qu'il n'ait pour effet d'augmenter les contractions de la matrice ou des muscles abdominaux, ou bien de faciliter la dilatation des parties génitales et de la rendre moins douloureuse. En rapprochant de ce principe, que l'on peut regarder comme un axiôme, les pratiques conseillées par les accoucheurs, il me sera facile de déterminer quelles sont celles que l'on doit adopter, et quelles sont au contraire celles que l'on doit rejeter.

La saignée peut être regardée dans quelques cas comme un moyen convenable pour accélérer le travail. Tantôt elle agit en augmentant l'énergie des contractions, tantôt en diminuant

la résistance des parties génitales. Si le travail dure depuis long-temps chez une femme robuste, et que cependant l'orifice se dilate lentement, quoique les douleurs soient fortes, l'observation apprend qu'en pratiquant une saignée de deux ou trois palettes, suivant la vigueur de la femme, il survient un relâchement subit, et que l'orifice se dilate après cette évacuation avec plus de facilité qu'auparavant, quoique les douleurs ne paroissent pas augmentées d'intensité. La saignée est encore avantageuse pour rendre les contractions plus efficaces chez les femmes qui éprouvent des douleurs de tête et une pesanteur dans les membres, surtout si le visage est coloré, les yeux étincelans. La saignée est encore indiquée pour prévenir des accidens, si la femme est oppressée, ou menacée d'un coup de sang, de convulsions dépendantes de l'engorgement du cerveau, d'inflammation de la matrice : elle désemplit les vaisseaux du poumon et ceux du cerveau.

Non-seulement la saignée convient dans les accouchemens des femmes pléthoriques, quoique cette fonction suive une marche régulière ; mais elle peut encore devenir nécessaire à des femmes chez lesquelles, d'après leur constitution, on n'eût pas soupçonné, au début du travail, que l'on seroit forcé d'y recourir. On voit chez quelques femmes, à raison de douleurs violentes qui se soutiennent pendant long-temps, la fièvre s'allumer, les vaisseaux extérieurs de la face se gonfler. Il survient une pléthore momentanée, une congestion locale vers le cerveau, qui tiennent au travail de l'accouchement. Cette turgescence des vaisseaux extérieurs qui avoit fait croire à Boerhaave que, pendant cette excitation produite par les efforts du travail, les fluides se raréfioient et occupoient un espace plus considérable, pourroit être suivie des mêmes accidens que si elle dépendoit de la pléthore des gros vaisseaux, si l'on n'avoit pas l'attention de la dissiper par la saignée.

La congestion sanguine qui a lieu vers le cerveau chez quelques femmes en travail, simule quelquefois par ses effets une foiblesse apparente, qu'il seroit dangereux de confondre avec celle qui naît du défaut de forces réelles. Le sang se porte vers

le cerveau par les efforts de l'accouchement, et produit dans l'exercice des fonctions vitales une gêne proportionnée à la compression exercée sur l'organe cérébral. Cet état est dû à ce que les nerfs sont en quelque sorte paralysés par le sang qui surcharge le cerveau, et donne lieu à une affection comateuse plus ou moins intense. On reconnoît que les forces vitales, qui paroissent anéanties, ne sont qu'opprimées, par l'état antérieur de la femme qui présentoit les signes d'une constitution vigoureuse, quoique depuis le travail, qui d'ailleurs dure depuis peu de temps, il n'ait existé aucune cause, comme une hémorrhagie utérine, qui ait pu l'affoiblir. Dans cette espèce d'affaissement, le visage est coloré, tuméfié, la peau très-chaude, surtout à la face, le pouls est fort, les yeux sont toujours plus ou moins agités. Dans ce cas, la saignée, en débarrassant le cerveau, rend aux puissances contractiles le libre exercice de leurs facultés, qui avoit été suspendu ou diminué par la surabondance du sang qui comprimoit le cerveau ; elle augmente la force des contractions de la matrice, et accélère les douleurs de l'enfantement. Ce point de doctrine généralement admis par les médecins, ne vient-il pas à l'appui de ce que je disois il n'y a qu'un instant, savoir, que la matrice, pendant le travail, est en quelque sorte sous la dépendance du cerveau? La saignée du pied, que Levret conseille lorsque le sang se porte à la tête par la violence du travail, ne me paroît pas préférable à celle du bras, qui m'a toujours réussi dans cette circonstance.

La rigidité des parties de la génération peut apporter des obstacles à l'accouchement chez une femme qui accouche pour la première fois, étant déjà parvenue à un âge avancé. Chez des femmes, quoique jeunes, les parties peuvent être naturellement très-étroites, ou être resserrées accidentellement par une cicatrice ou par l'usage des astringens portés inconsidérément dans le vagin. Pour rendre à ces parties leur souplesse naturelle, pour faciliter leur dilatation ainsi que celle du col, on doit employer les bains, les demi-bains, les fumigations émollientes, quelque temps avant l'accouchement. Pourquoi l'effi-

cacité des bains seroit-elle moindre pour remédier à la rigidité de l'utérus, à celle des parties externes, qu'à celles des autres parties du corps ? Les fastes de la chirurgie apprennent que les bains sont employés avec fruit dans les ankyloses, la roideur des articulations, dans d'anciennes cicatrices pour les relâcher. Les accoucheurs anciens citeroient, comme les modernes, des exemples des effets avantageux des bains dans ces circonstances, si leur timidité ne les avoit pas détournés de les employer. Ce n'est cependant guère que depuis Delamotte, qui nous a donné d'ailleurs tant d'excellens préceptes sur l'art des accouchemens, que les bains étoient tombés en désuétude, et avoient été regardés comme dangereux. Il est constant que les anciens y avoient souvent recours. Il en est fait mention dans Aétius (*Tetrabibl.* 4, *serm.* 4, p. 1052), Mercurialis, Séverin-Pinaut.

Si la femme est robuste, avant de recourir aux bains, il faut auparavant désemplir les vaisseaux par la saignée, qui d'ailleurs est très-propre par elle-même pour remédier à cette rigidité. L'expérience apprend que quand on n'a pas cette précaution, les bains sont nuisibles aux personnes pléthoriques. Quoique les bains soient indiqués à cause de l'étroitesse des parties génitales, on doit cependant s'en abstenir, pour parer à des inconvéniens plus graves, si la femme étoit déjà asthmatique avant la grossesse. On doit aussi être reservé sur leur emploi si elle tombe facilement en syncope.

Quand on emploie les bains de vapeurs pour ramollir le col qui est dur, si on se contente de faire placer la femme sur la chaise percée, la vulve seule éprouve les effets avantageux de cette vapeur tiède, qui ne peut parvenir qu'imparfaitement à l'orifice de la matrice. Pour l'y diriger, on pourroit employer, comme le conseille M. Morlanne, un conducteur de fer-blanc terminé à l'une de ses extrémités par une canule que l'on introduiroit dans le vagin, et qui seroit adaptée, par l'autre, à un récipient de fer-blanc qui recouvriroit la décoction émolliente.

Les auteurs sont partagés d'opinions sur les effets des bains

de vapeurs pendant le travail. Levret pense que le bain de vapeurs gonfle, durcit les parties, loin de les relâcher, comme le croient beaucoup d'autres praticiens, qui le regardent comme le moyen le plus efficace pour ramollir les parties trop rigides et trop resserrées, soit qu'elles le soient naturellement, ou à raison d'un état spasmodique dont elles seroient atteintes. Il est important de faire cesser ce partage de sentiment. Voici ce que m'a paru apprendre l'observation relativement à l'emploi des bains de vapeurs, et touchant les précautions nécessaires pour en obtenir quelque avantage. Si l'eau réduite en vapeurs est portée à un degré de chaleur trop considérable, elle crispe les solides, les resserre et y attire les fluides en plus grande quantité. Mais si le liquide n'a que le degré de chaleur convenable pour qu'il puisse se vaporiser et parvenir jusqu'aux parties génitales resserrées et rigides, le bain de vapeurs agit alors comme relâchant. Il ne faut pas non plus le continuer trop long-temps, car toute la surface du corps étant garnie de vaisseaux qui ont la propriété d'absorber, les parties génitales se gonfleroient et deviendroient ainsi plus étroites, rénitentes et en même temps plus douloureuses.

C'est encore dans le cas où les parties génitales offrent trop de rigidité que l'on peut employer, avant ou pendant le travail, différens remèdes topiques qui ont été regardés comme propres à diminuer les douleurs de la femme, en disposant ces organes à se dilater plus facilement lorsque le fœtus fera effort pour les traverser. Dans cette vue, on peut oindre à diverses reprises les parties avec des corps gras et mucilagineux, y entretenir pendant quelque temps des cataplasmes émolliens. Il est important de remarquer qu'un usage trop long-temps continué des cataplasmes émolliens destinés à ramollir les parties, peut les tuméfier au point de les rendre plus étroites et très-douloureuses. Les injections faites avec le mucilage de guimauve ou de graine de lin, seroient aussi très-convenables: on doit engager les femmes à s'y soumettre, quoique l'application de ces substances ait quelque chose de dégoûtant, parce que les avantages qu'elles en retirent sont très-grands.

Les douleurs sont moindres, la déchirure du périnée est beaucoup moins à craindre, lorsque les parties ont ainsi été préparées chez les femmes qui les ont aussi rigides, soit à raison de leur âge avancé, soit à raison de leur constitution. Lorsque le col de la matrice est sec et tendu, plusieurs praticiens sont dans l'usage de l'oindre de temps en temps avec du beurre.

Dans un accouchement naturel et facile, toutes les onctions faites à l'intérieur du vagin me paroissent inutiles. La nature, toujours prévoyante, détermine sur toute la surface de ce canal, vers la fin de la grossesse, mais surtout aux approches et pendant la durée du travail, une sécrétion plus abondante de mucosité destinée à lubrifier l'endroit par où doit passer le fœtus. Mais toutes les fois que cette humidité vient à manquer, soit à raison de la longueur du travail, soit à raison de la disposition naturelle des parties, l'accouchement en deviendroit plus difficile et plus douloureux, si l'accoucheur n'avoit pas l'attention d'y remédier. En répétant trop fréquemment ces onctions, il seroit à craindre que l'on n'enlevât la mucosité naturelle, qui est bien plus utile pour lubrifier le vagin que toutes les applications topiques auxquelles on pourroit recourir.

Comme les femmes s'imaginent qu'elles sont soulagées par ces applications topiques, il est peut-être prudent d'y recourir toutes les fois que le travail se prolonge; elles souffrent plus patiemment, et ne peuvent pas nous accuser d'avoir négligé de leur administrer un secours qui s'est maintenu dans la pratique depuis Hippocrate jusqu'à ce jour.

Si ces applications sont avantageuses, les manœuvres que les sages-femmes appellent *dilatations préparatoires*, et qui ont été conseillées par les écrivains les plus illustres, leur sont presque toujours nuisibles, comme je le ferai voir.

Si le travail de l'enfantement, après avoir marché régulièrement pendant quelque temps, vient à se suspendre ou à languir faute de douleurs, il faut les exciter. Mais le moyen propre à ranimer les douleurs languissantes doit varier comme la cause qui les a fait cesser. C'est une très-mauvaise manœuvre en usage

chez plusieurs sages-femmes, que de prescrire indistinctement, dans tous les cas, des lavemens âcres et irritans pour réveiller les douleurs. D'autres recourent aux purgatifs dans la même vue. Il est constant que l'irritation exercée sur le rectum par l'un de ces moyens, ou par les deux en même temps, comme le pratiquoit Mauriceau, peut exciter sympathiquement l'action de la matrice. L'expérience apprend que le ténesme précède et accompagne le plus souvent l'avortement. Un ténesme fréquent et fort peut même procurer, comme je l'ai dit, l'expulsion prématurée du fœtus. Mais si ces moyens irritans réveillent quelquefois les douleurs, ce n'est pas sans danger pour les femmes. Ils peuvent occasionner la diarrhée, ou déterminer l'inflammation du péritoine, chez les femmes qui ont quelque prédisposition à cette terrible maladie.

Quelques praticiens ont prescrit le vomitif pour ranimer les douleurs. Lebas, dans son Précis de doctrine sur l'Art d'accoucher, imprimé en 1779, donne, en plusieurs endroits, le précepte de faire vomir la femme en travail, lorsque la tête est en bonne position et qu'elle est parvenue dans le fond du petit bassin, pour solliciter, par les secousses que ce moyen excite, la matrice à se contracter. Ce précepte a constitué, pendant quelque temps, le secret qu'un accoucheur moderne promettoit à ses élèves pour faire accoucher les femmes les plus contrefaites sans aucun procédé opératoire. Depuis il ne conseille, à l'exemple de Lebas, d'y recourir que lorsque la tête est parvenue dans l'excavation. Outre que ce moyen ne conviendroit pas dans tous les cas, et qu'il pourroit occasionner des accidens dans les cas d'inflammation, de spasme de la matrice, il ne ranime pas toujours les douleurs. C'est ce que nous voyons dans les vomissemens spontanés qui ont lieu quelquefois chez des femmes, sans que le travail en soit accéléré. Quoique je ne conseille pas ce moyen, je dois à la vérité de dire que, dans quelques cas, on peut l'employer sans inconvéniens : s'il existe des matières saburrales dans l'estomac, il peut prévenir les maladies qui compliqueroient les couches. La crainte que l'on a qu'il ne produise une hémorrhagie utérine n'est

peut-être pas fondée ; car l'on sait, au contraire, que le vomitif est employé avec succès pour arrêter les hémorrhagies utérines anciennes.

On conseille encore assez ordinairement de faire promener la femme pour réveiller les douleurs. Il est certain que si elle est assez forte pour se tenir debout de temps en temps et pour se promener dans la chambre, l'orifice de la matrice se dilate plus promptement, dans quelques cas, que lorsqu'elle est couchée, parce que la tête porte plus exactement. Souvent les douleurs en deviennent plus fortes, plus fréquentes, et le travail moins long ; d'ailleurs, en changeant de situation, la femme se désennuie et se distrait. Mais si elle n'a pas la force ni le courage de rester debout, ou qu'elle desire, à raison de sa lassitude, de rester tranquille pour se reposer, il seroit très-nuisible de la forcer à marcher en la traînant par-dessous les bras.

Je ne crois pas, avec Aristote, que les femmes qui usent du coït peu de temps avant d'accoucher se délivrent plus facilement. L'agitation convulsive qui accompagne cet acte, et la débilité qui le suit constamment, me font au contraire regarder comme avantageux de s'en abstenir.

Les sternutatoires recommandés par les anciens, dans la vue d'augmenter les contractions, ne peuvent être employés qu'avec circonspection, surtout chez les femmes pléthoriques. Leur mode d'action est analogue à celui des vomitifs.

La titillation de l'orifice de la matrice est très-propre à exciter cet organe à se contracter avec plus de force ; mais les inconvéniens qui peuvent résulter de l'irritation vive de cette partie doivent, le plus souvent, détourner d'employer ce moyen.

Si les douleurs sont seulement foibles et lentes, mais que la femme conserve des forces, il faut temporiser.

Lorsque les douleurs sont languissantes, l'accoucheur doit rechercher la cause de ce ralentissement : il peut dépendre de la foiblesse et de l'épuisement de la femme, à la suite d'un travail pénible et long-temps continué. Dans cette inertie de la matrice à la suite d'efforts superflus, le repos est le remède

le plus efficace. Si le sommeil survient pendant que la femme ne fait plus valoir ses douleurs, il la réfocille. C'est dans ce cas qu'il est utile de donner un narcotique pour le procurer et calmer l'agitation de la femme. Toutes les fois qu'elle ne repose pas depuis quelque temps, il est toujours utile de lui donner le soir une potion anodine, comme une demi-once ou une once de sirop diacode, que l'on peut faire prendre dans une once d'eau de cannelle quand elle est affoiblie. « Je conseille de » préférence cette eau aromatique, parce que quelques ob-» servateurs se sont cru fondés à penser que la cannelle affec-» toit d'une manière spéciale la sensibilité du système utérin; » de là vient que les accoucheurs ont quelquefois recours à » l'eau de cannelle simple, ajoutée à des boissons appropriées, » pour réveiller l'irritabilité de l'utérus frappé d'inertie par » les labeurs de l'enfantement, et faciliter, par ce moyen, » l'expulsion du placenta ». (ALIBERT, *Nouveaux Élémens de Thérapeutique.*)

Par le moyen des narcotiques, la femme devient plus tranquille; elle repose et répare ses forces. Après ce moment de repos, l'on voit ordinairement les douleurs devenir plus fortes et plus fréquentes. Les narcotiques ont été employés dans ce cas avec avantage par Deventer, Smellie et autres médecins habiles.

Malheureusement ce n'est pas la conduite que tiennent les sages-femmes et même la plupart des accoucheurs, qui sont dans l'opinion que l'on doit solliciter les femmes à faire des efforts, dans la vue de renouveler les douleurs ou de les rendre plus efficaces. Les femmes, ennuyées de voir que le travail n'avance pas, et espérant obtenir la terminaison de l'accouchement, tâchent de suppléer, par les efforts auxquels elles se livrent, au défaut de contractions. Elles ne tardent pas à reconnoître qu'elles ont eu tort de suivre ce conseil, parce que ces efforts volontaires n'ont d'autre effet que d'augmenter leur épuisement.

En attendant que les contractions se raniment, on doit donner de bons bouillons à petites doses, répétées souvent, crainte

de surcharger l'estomac, quelques cuillerées d'excellent vin d'Alicante ou autre semblable. Si la foiblesse avoit précédé le travail, on devroit conseiller le même régime avant l'accouchement si l'on étoit consulté auparavant, et, de plus, mettre la femme à l'usage des décoctions de quina; du moins on doit s'occuper de la fortifier dès le commencement du travail si l'on n'est pas appelé plus tôt. Les cordiaux ne conviennent pas pour ranimer les forces d'une femme grosse, soit avant les douleurs de l'enfantement, soit dans le moment même de ces douleurs. Ces substances incendiaires, comme l'eau-de-vie, le vin avec la cannelle et le sucre, peuvent occasionner une fièvre passagère, échauffer la femme, et provoquer des pertes : en sorte que si l'on peut réussir, en employant ces stimulans, à produire des contractions utérines plus fortes, on s'expose à déterminer, par leur usage, une foule de maux pendant le travail ou après. Les cordiaux seroient surtout nuisibles si l'épuisement des forces avoit été occasionné par une hémorrhagie considérable, ou s'il étoit accompagné d'une chaleur vive dans les entrailles.

Il n'est qu'une circonstance où la foiblesse pourroit admettre l'usage des cordiaux sans inconvéniens : ce seroit la foiblesse que l'on rencontreroit chez des femmes dont la fibre est lâche et dans une inertie constante, comme chez des sujets scrophuleux, scorbutiques. Chez ces femmes, des stimulans deviennent nécessaires pour retirer la fibre de son engourdissement. Mais il y a bien plus de cas où l'accouchement est retardé par la vigueur de la femme que par une constitution foible ou maladive; ce qui prouve que les cordiaux sont rarement indiqués pour abréger la durée du travail, en augmentant l'intensité des douleurs : on a plus souvent besoin de détendre par la saignée du bras. Les accoucheurs ont reconnu que les femmes vigoureuses accouchent, pour l'ordinaire, plus lentement et avec plus de difficulté que les autres. Si la femme foible fait de moindres efforts que celle qui est robuste, en revanche, le col de la matrice oppose moins de résistance pour se laisser dilater.

Pour ranimer les douleurs dans le cas d'épuisement, Sigault promenoit sur le ventre des vessies pleines d'eau froide. Par

l'emploi de ce moyen, les douleurs qui étoient foibles et lentes devenoient plus fortes et plus rapprochées. M. Alphonse Leroy conseille, au contraire, d'appliquer des linges chauds sur le ventre, sur les parties génitales et aux reins, et de recourir au bain très-chaud.

Si la lenteur étoit l'effet de l'écoulement prématuré de eaux, on doit tout attendre du temps. Quand la poche se rompt prématurément, le plus souvent il s'écoule plusieurs heures, quelquefois même un ou deux jours avant que le travail se déclare. Dans quelques cas, on a vu la femme rester sept à huit jours sans éprouver les douleurs de l'enfantement. Quelque temps que la femme reste sans douleurs après la rupture de la poche, on ne doit employer aucun moyen pour les exciter. Delamotte avoit reconnu l'inutilité et les dangers des purgatifs et des lavemens âcres au moment de l'action de la potion purgative, et que l'on devoit se borner à soutenir les forces de la femme. En cherchant à solliciter le travail avant le temps fixé par la nature, au lieu de l'aider, l'irritation qui survient la détourne de cette opération en la forçant de l'entreprendre avant d'y être préparée.

L'écoulement prématuré des eaux devenant nuisible aux deux individus, on doit s'occuper, une fois qu'il existe des douleurs, de surmonter les obstacles qui retardent l'accouchement, en favorisant la dilatation du col. Si la position vicieuse de l'enfant exige qu'on le retourne, il se présente une autre indication à laquelle il est plus difficile de satisfaire, c'est de relâcher l'utérus, dont la forte contraction s'oppose à la version de l'enfant et la rend dangereuse : les bains, les bains de vapeurs, des liquides émolliens injectés dans l'utérus, la saignée, sont les moyens convenables pour amener les dispositions favorables pour opérer la version avec le moins d'inconvéniens possible.

Si l'accouchement étoit retardé par une seconde poche, on pourroit accélérer le travail en déchirant les membranes au centre de l'orifice.

J'ai déjà indiqué que si l'accouchement étoit retardé parce

que la tête, portant trop exactement sur l'orifice, s'oppose à l'écoulement des eaux, l'on peut hâter sa sortie en la soulevant du bout du doigt pour faire écouler les eaux.

Si l'indocilité de la femme est la cause du retard que l'accouchement éprouve, parce qu'elle ne se soumet pas aux avis qu'on lui donne, après quelques conseils dictés par la douceur, il faut la menacer de l'abandonner si elle persiste dans son opiniâtreté. On a souvent vu cette menace rendre les femmes plus dociles : mais des propos brusques et durs ne feroient que les irriter.

La saignée, les bains, les fumigations émollientes sont les moyens propres à accélérer le travail lorsqu'il est retardé par la roideur ou l'inflammation de l'orifice de la matrice. Le bain est un moyen curatif ou prophylactique, en général trop négligé, pour combattre, pendant le travail, une foule d'accidens inflammatoires : il est constant que les anciens y avoient souvent recours. Peut-être même, comme le conseille Plessmann, devroit-on accoucher la femme dans le bain lorsqu'on craint l'inflammation de la matrice, ou que le col de cet organe est trop ferme et trop rigide. En effet, lorsque chez une femme d'un tempérament irritable, le travail se prolonge à raison de trop de rigidité dans la fibre, il est à craindre que le froissement, qui est la suite de cette résistance, n'exalte l'irritabilité au point de produire l'inflammation ou d'amener des accidens nerveux. Peut-on douter qu'il ne soit très-avantageux d'employer le bain qui, en relâchant la fibre, abrégeroit le travail, le rendroit moins douloureux, et pourroit par conséquent prévenir tous les accidens qu'auroit pu produire cet excès d'irritabilité? Si les bains peuvent avancer l'accouchement, comme l'ont pensé pendant long-temps les praticiens, ce qui les portoit, en général, à les proscrire pendant la gestation, « ils doivent encore plutôt accélérer le travail à une époque où la nature est bien plus disposée à en favoriser les heureux effets ». (Plessmann.)

Une affection vive de l'âme, comme la crainte, un chagrin profond, un événement fâcheux et imprévu annoncé impru-

demment à la femme en travail, suspend assez souvent les douleurs, tandis que l'on voit ces mêmes causes produire tout-à-coup l'avortement si la femme grosse est soumise à leur influence. Dans ce cas, les fonctions de la matrice sont suspendues par un état de spasme et non par une foiblesse réelle. Le traitement consiste à employer toute son adresse pour calmer l'agitation morale qu'ont produite ces sentimens de crainte et d'inquiétude. Les narcotiques, les anti-spasmodiques, en même temps qu'ils sont propres à faire succéder à cette agitation la tranquillité d'esprit, sont aussi utiles pour dissiper cet engourdissement qui tient à un état de spasme. On peut donner quinze à vingt gouttes de laudanum, ou quelques onces d'eau de fleur d'orange, l'éther, dans une infusion de tilleul, que l'on administre par cuillerée.

Lorsque le travail n'avance que très-lentement et d'une manière irrégulière, la crainte s'empare de la femme en travail; le sentiment de sa douleur lui fait croire qu'elle ne pourra pas vaincre les obstacles qui se présentent. Cette impression a une influence marquée sur les douleurs, parce qu'elle diminue l'énergie des contractions. Si on réussit à écarter cette anxiété et à dissiper les doutes qui se sont élevés chez elle sur un accouchement heureux, la malade se ranime, son courage renaît, et imprime à la matrice une activité nouvelle.

Les femmes hystériques sont exposées, pour la cause la plus légère, à éprouver un trouble universel qui fait cesser les contractions de l'utérus. Comme dans le cas où la femme seroit agitée par la crainte, le défaut d'action tient à un état de spasme et non à un défaut de forces réelles. Les femmes éprouvent cependant quelquefois des douleurs vives, mais qui n'ont aucun rapport à l'accouchement, parce qu'elles ne dépendent pas des contractions de l'utérus. Les douleurs de cette espèce se font sentir, tantôt dans les intestins, tantôt dans la vessie urinaire, ou dans tout autre viscère de l'abdomen. Si quelquefois elles paroissent affecter l'utérus, on ne peut cependant pas les considérer comme de vraies contractions, puisque le toucher apprend que pendant leur action elles tendent à resserrer l'ori-

fice. Le spasme de la matrice est difficile à distinguer des contractions naturelles de cet organe. Dans l'un et l'autre état, la matrice est dure et rénitente. La dureté des parois de l'utérus est continuelle dans le spasme ; tandis qu'elles deviennent souples après la contraction naturelle de l'utérus. Il faut exhorter les femmes qui ont des douleurs de cette espèce à ne pas chercher à les seconder par leurs propres efforts, dans l'espérance d'accélérer l'accouchement. On doit s'efforcer de les consoler pendant que l'on s'occupe de combattre ces douleurs spasmodiques. Dès que l'on y a réussi, on voit les contractions de l'utérus se réveiller. Cet état peut se prolonger pendant un grand nombre d'heures, dans des cas où quelques vraies douleurs suffiroient pour expulser la tête. C'est ce que j'ai vu deux fois chez madame P.... : dans un de ses accouchemens, la sortie de la tête, qui paroissoit à la vulve, fut retardée pendant trente-six heures. Les bains, les injections narcotiques sont toujours très-utiles quand on accouche des femmes hystériques : par leur usage avant la naissance des accidens, on peut les prévenir. Le travail seroit moins compliqué d'accidens si l'on accouchoit dans le bain les femmes hystériques. Pour dissiper ce spasme, on peut donner à l'intérieur les préparations d'opium, comme le sirop de diacode, les gouttes anodines de Sydenham ou l'éther.

Au premier abord, les injections narcotiques que je conseille peuvent paroître contraires au but que l'on se propose, qui est d'exciter les contractions de la matrice. Un des effets les plus constans des opiacés n'est-il pas d'engourdir les puissances musculaires? Leur usage doit donc faire cesser les contractions de la matrice au lieu de les exciter. Quoique ce raisonnement soit très-spécieux, je crois cependant que leur utilité ne peut être révoquée en doute, si l'on fait attention que l'effet de ces injections porte peu ou même pas du tout sur le corps de la matrice, avec lequel elles ne sont pas en contact. L'orifice seul, qui est resserré, peut éprouver l'effet de ces injections assoupissantes ; elles opèrent la dilatation de l'orifice en faisant cesser l'irritation spasmodique qui le tient contracté.

Pour concevoir l'effet avantageux de ces injections narcotiques, on n'a même pas besoin de cette action partielle admise par Chambon. En suspendant cet état contre nature, la matrice est ramenée à son mode ordinaire et naturel de contraction. Elles peuvent être utiles quoiqu'elles agissent sur tout l'organe.

La femme que l'on accouche peut être sujette à une hernie, à un crachement de sang, ou à une descente de l'utérus ou du vagin. Si l'on peut, dans tous ces cas, abandonner l'accouchement à la nature, on doit engager la femme à ne pas pousser de toutes ses forces, comme elle le feroit dans une autre circonstance. Mais il ne suffit pas toujours de l'engager à modérer ses efforts. Une hémorrhagie grave, soit par la bouche, soit par le nez, lorsqu'elle se manifeste pendant les efforts de l'accouchement, peut nécessiter qu'on le termine, comme je le dirai en traitant des accidens qui rendent contre nature celui qui, sans l'une de ces complications, eût pu s'opérer spontanément.

En traitant des circonstances qui peuvent rendre l'accouchement contre nature, j'indiquerai comment doit se comporter l'accoucheur si une femme èst atteinte de hernie.

Lorsqu'on craint une descente de matrice, la femme doit rester couchée sur le dos. On doit, pendant chaque douleur, soutenir le bord de l'orifice de l'utérus du bout de quelques doigts, pour s'opposer à ce qu'il soit entraîné par la tête de l'enfant. On doit avoir la même attention lorsque les épaules se dégagent. Si le vagin tend en même temps à sortir au-dehors, on doit faire tous ses efforts pour le soutenir, ainsi que l'orifice de la matrice.

Les observations de Loder et du docteur Manniske prouvent que, pendant le travail de l'enfantement, la tumeur formée par la chute du vagin peut devenir assez considérable pour s'opposer à sa réduction. On a vu cette tumeur égaler en grosseur la tête d'un homme, s'enflammer et devenir douloureuse au toucher. On ne peut pas, dans ce cas, confier le travail à la nature; mais l'on doit, dès que la tête est engagée dans le petit bassin, introduire le forceps pour extraire l'enfant,

comme l'ont fait Loder et Manniske. Pendant tout le temps de la manœuvre, on charge un aide de soutenir la tumeur. Dans l'observation communiquée par le docteur Manniske, la tumeur étant dure dans toute sa portion inférieure, les bords de l'ouverture qu'elle présentoit étant livides, noirâtres, il se décida, avant de terminer l'accouchement, à l'inciser à droite et à gauche, dans la moitié de sa hauteur : la femme ne perdit pas au-delà de cinq onces de sang par cette opération. Ce ne fut que plusieurs jours après l'accouchement que l'on put opérer la réduction, tant le gonflement et l'inflammation étoient encore considérables, malgré la section pratiquée sur la tumeur. La femme n'éprouva plus, dans la suite, aucun retour de sa chute du vagin. Loder regrette de n'avoir pas fait, comme Manniske, dans un cas semblable dont il a été témoin, quelques incisions au vagin avant de le réduire, ce qui auroit probablement amené la guérison radicale du prolapsus. Cette incision n'expose à aucun inconvénient grave : l'hémorrhagie fait l'office d'une saignée locale, et contribue au dégorgement de la tumeur ; l'inflammation qui succède occasionne l'adhérence immédiate de la membrane interne du vagin avec le tissu cellulaire qui l'environne, et procure ainsi la guérison radicale. Le cas rapporté par Manniske n'est pas le seul, dit Loder dans son journal, que l'on puisse citer en faveur de ce procédé.

Si la matrice franchit la vulve dans le temps de l'accouchement, on ne doit tenter la réduction qu'après la délivrance : doit-on, dans ce cas, abandonner à la nature le soin d'expulser l'enfant, ou bien doit-on procéder à son extraction dès que l'orifice est suffisamment dilaté ? Ruisch prétend que lorsque l'enfant est vivant il suffit de soutenir l'orifice de la matrice, et que l'on doit attendre la terminaison spontanée. On ne doit pas agir différemment suivant l'état de vie ou de mort de l'enfant, puisqu'il est absolument passif dans l'accouchement, et que son expulsion est aussi prompte lorsqu'il est mort depuis peu de temps que s'il étoit encore vivant.

En abandonnant l'accouchement à la nature dans le cas de précipitation de la matrice, comme le veut Ruisch, on expose

la femme à des accidens ; les efforts qu'elle fait pour se délivrer tendent à rendre la chute plus complète, et occasionnent des tiraillemens considérables dans toutes les parties avec lesquelles elle a des adhérences ; d'ailleurs, l'expulsion spontanée seroit plus difficile, puisqu'il manque un des agens qui concourent à cette fonction. En effet, l'enfant est expulsé par les contractions des muscles abdominaux et du diaphragme, ainsi que par celles de la matrice : or, lorsque la matrice s'est précipitée au-dehors, elle n'est plus soumise à l'action du diaphragme et des muscles du bas-ventre.

Dès que la dilatation de l'orifice est suffisante, on va chercher l'enfant avec une main, ou on l'entraîne au moyen du forceps. Pour éviter que l'organe ne soit entraîné pendant l'opération, on doit soutenir l'orifice. L'extraction de l'enfant, soit qu'on l'opère avec la main seule ou au moyen d'un instrument, présente moins de difficulté que lorsqu'on est obligé d'y avoir recours sans que la matrice ait éprouvé aucun déplacement. Les mêmes raisons qui portent à entraîner l'enfant exigent que l'on fasse l'extraction de l'arrière-faix. On doit conseiller à la femme de garder plus long-temps le lit avant de reprendre ses exercices ordinaires, et de porter un pessaire pendant plusieurs mois.

Une conformation vicieuse des organes de la génération présente des indications, relativement à l'accouchement, auxquelles il est quelquefois difficile de satisfaire. Les grandes lèvres peuvent être unies ; mais cette adhérence étant accidentelle et postérieure à la conception, on peut, dans cette circonstance, séparer avec facilité les grandes lèvres, tandis que souvent leur séparation ne seroit pas sans danger pour la femme lorsque leur union vient de naissance. Il est facile d'inciser la membrane hymen lorsqu'elle s'oppose à l'accouchement, de couper les brides et les intersections membraneuses qui se rencontrent dans le vagin ou entre les lèvres du col, et qui rétrécissent l'une ou l'autre partie et s'opposent à leur dilatation.

Plusieurs observations apprennent que l'orifice de la matrice

offre quelquefois une dureté, une callosité si considérables, que les efforts de la nature ne suffisent pas pour en opérer la dilatation. Le docteur Symson rapporte dans les Essais d'Édimbourg, vol. III, que chez une femme en travail depuis soixante heures, le col de la matrice ne s'étoit pas encore entr'ouvert; il trouva les bords de l'orifice calleux, ne laissant entre eux aucune ouverture, ce qui le détermina à y faire une incision à l'aide du *speculum uteri*. Lambon, chirurgien d'Orléans, cite aussi un exemple de callosité du col dans lequel il a eu recours à cette section. Toutes les fois que l'on ne peut plus espérer d'obtenir par les onctions, les bains de vapeurs, la dilatation de l'orifice de la matrice, il faut, si on ne veut pas exposer la femme à éprouver une rupture de matrice, l'inciser dans une étendue plus ou moins grande, suivant l'épaisseur du bourrelet calleux : la femme n'éprouve aucune douleur pendant que l'on divise la callosité, parce qu'elle est privée de sentiment, ce qui permet de faire plusieurs incisions.

L'orifice de la matrice n'est pas la seule partie où l'on soit obligé de porter un instrument tranchant à travers le vagin pour faciliter l'accouchement, quoique le bassin soit bien conformé. Chez des femmes en travail d'enfantement, on n'a quelquefois point trouvé d'orifice à la matrice. Les exemples de cette espèce sont assez rares, assez peu connus des praticiens pour qu'il ne soit pas inutile de s'y arrêter un instant, puisqu'il ne reste alors de ressource pour obtenir l'extraction de l'enfant, et pour prévenir la rupture de la matrice, qui pourroit être la suite des efforts infructueux auxquels se livreroit la femme, que dans la section pratiquée avec un instrument tranchant sur la portion de la matrice qui se présente à la vulve.

Parmi les faits qui constatent qu'il arrive quelquefois que l'on ne trouve point d'orifice à la matrice chez des femmes en travail, on connoît l'observation de Lauverjat, rapportée par M. Sabatier dans sa Médecine opératoire. Ce praticien n'ayant pu découvrir l'orifice de la matrice, pendant le travail de l'enfantement, chez une femme qui étoit enceinte pour la première fois, malgré les recherches les plus exactes, il se décida

à ouvrir la portion bombée de ce viscère qui correspondoit à l'orifice. Lauverjat ayant porté la main dans la matrice à travers l'ouverture qu'il venoit d'y pratiquer, ne trouva aucune trace de col ni d'orifice.

Depuis, trois autres observations de ce genre sont parvenues à ma connoissance. Le premier de ces faits a été observé par M. Gautier, chirurgien à Paris : on peut en lire les details dans le numéro de vendémiaire an 12 du Journal de Médecine, par MM. Corvisart, etc..... Le second a été communiqué par M. Martin, chirurgien de l'hôpital de la Charité de Lyon, qui l'a consigné en forme d'aphorisme à la suite de sa Dissertation inaugurale. Le troisième se trouve dans le Journal d'Accouchemens, rédigé par M. P. Et. Morlanne, de Metz. L'auteur rapporte, à la page 282, vol. 1er de son Recueil périodique, qu'appelé en l'an 7 pour accoucher une femme chez laquelle la tête de l'enfant, encore enveloppée de la matrice, s'engageoit déjà dans la vulve, il ne put découvrir l'orifice de la matrice, malgré les perquisitions les plus exactes faites dans toutes les directions. La femme étant au sixième jour d'une fièvre ataxique, il ne jugea pas convenable, pour favoriser la sortie de l'enfant, de diviser la portion de la matrice qui recouvroit la tête dans la vulve, quoiqu'il eût reconnu, ainsi que les observateurs qui ont communiqué les trois autres faits, que cette incision étoit l'unique ressource que pût offrir l'art pour terminer l'accouchement. On doit regretter que M. Morlanne n'ait pas pu obtenir des parens de procéder à l'ouverture du corps de la femme, qui mourut le lendemain : l'autopsie eût peut-être pu éclairer sur la cause déterminante de l'absence du col, qui est encore obscure pour plusieurs.

J'ai déjà observé qu'il étoit souvent impossible de trouver l'orifice de la matrice à la suite d'un accouchement laborieux. La cause qui donne lieu à ce phénomène chez la femme grosse doit être la même que celle qui le produit à la suite des couches. Or, on admet assez généralement qu'à la suite des couches cet accident doit être attribué aux adhérences que contracte le col, lorsqu'il est enflammé, avec les parois du vagin, qui sont éga-

lement enflammées et ulcérées. Ces parois, en se réunissant vers le fond du vagin, renferment le col comme dans une gaîne qui adhère au corps même de la matrice. J'ai été appelé en consultation pour une femme qui avoit éprouvé cet accident à la suite d'un accouchement laborieux, et chez laquelle les règles n'avoient pas coulé depuis sa dernière délivrance. Il me paroît également naturel de penser que si on ne trouve aucune trace de col chez une femme en travail, son absence dépend de ce qu'à raison d'un état inflammatoire dont le vagin et le col de la matrice ont été atteints pendant le cours de la grossesse, ce dernier a contracté des adhérences avec les parois du vagin. Une femme qui auroit usé du stylet pour se faire avorter, mais sans succès, y seroit plus exposée.

M. Morlanne pense que l'absence totale du col ne peut se rencontrer que chez une femme qui est accouchée précédemment. Je crois que ce désordre ne suppose pas nécessairement qu'il a précédé un accouchement laborieux ; car l'inflammation qui le produit ne doit se déclarer qu'après la conception. Une femme récemment accouchée, qui seroit atteinte d'inflammation du vagin assez forte pour produire des adhérences, ne se livreroit pas à l'acte qui peut assurer la conception. D'ailleurs, dans quelques-unes des observations que j'ai citées, la femme étoit enceinte pour la première fois.

Pour pratiquer l'hystérotomie (mot dérivé du grec, qui signifie *incision de l'utérus*), qui devient nécessaire, on doit faire coucher la femme sur le bord de son lit, les pieds appuyés sur deux chaises, les jambes écartées; on sépare ensuite les grandes lèvres au moyen du *speculum uteri*, ou bien avec le pouce et le doigt médius de la main gauche. On porte ensuite un bistouri, garni d'une bandelette de linge pour ne pas blesser les parties environnantes, sur la tumeur arrondie qui se présente à la vulve, et que l'on incise dans une étendue de deux doigts et dans une direction de droite à gauche, pour éviter d'inciser la vessie et le rectum.

Il peut aussi survenir aux parties molles de la femme des tumeurs de différente nature qui rétrécissent le vagin au point de

s'opposer au passage de la tête. J'indiquerai seulement les principales d'entre elles, et la conduite que l'on doit tenir, suivant les complications qu'elles peuvent présenter dans leurs différens états.

Les tumeurs qui surviennent aux parties génitales de la femme sont ou inflammatoires ou d'une nature indolente. Le gonflement inflammatoire des grandes lèvres ou du vagin exige l'emploi des sangsues, des fomentations émollientes. Si ces parties sont atteintes d'une cuisson vive, d'une démangeaison insupportable, on doit appliquer dessus des compresses imbibées d'oxicrat. On calme d'autant plus promptement que le liquide dans lequel on trempe les linges est plus froid. Si la douleur est occasionnée par des hémorrhoïdes que l'on n'a pas eu l'attention de dégorger à temps par des sangsues, il n'est point d'autre moyen de prévenir la rupture des vaisseaux, et de modérer l'excès de la douleur qui résulte de leur compression, que de les soutenir exactement pendant chaque douleur, comme on le pratique pour le périnée.

Les tumeurs, soit inflammatoires, soit indolentes, dont est attaqué le vagin, peuvent s'abcéder. Il est aisé de reconnoître si l'abcès est survenu à la suite d'une tumeur inflammatoire, par les signes commémoratifs qui ont précédé. Mais on peut prendre pour un abcès survenu lentement dans ces parties des tumeurs qui ne sont point humorales. On doit apporter beaucoup d'attention pour ne pas prendre pour des tumeurs de ce genre des hernies de vessie, des hernies entéro-vaginales, que Garengeot a décrites dans le premier volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Levret a secouru une femme qui avoit, pendant le travail, un prolapsus de la vessie, auquel on a donné improprement le nom de *hernie*, avec une descente de matrice. Cette saillie de la vessie pourroit être confondue avec la poche des eaux. M. Aussaudon a fixé l'attention des praticiens sur cette complication, où la méprise auroit des suites si fâcheuses. Ce cas offre l'indication de faire rentrer la tumeur molle formée par la vessie à mesure que la tête descend. Quand on est une fois averti de la possibilité de rencontrer cette com-

plication, il est facile de distinguer ces tumeurs herniaires que l'on doit respecter, des tumeurs humorales que l'on doit inciser. La disparition de la tumeur par la pression, son apparition et son augmentation à l'occasion de l'impulsion des viscères du bas-ventre, font reconnoître les hernies entéro-vaginales. On reconnoît que la tumeur molle qui fait une saillie dans le vagin est formée par la vessie, par l'envie d'uriner qui se fait sentir lorsqu'on presse la tumeur, par la diminution de la poche lorsque la femme a uriné, et par son augmentation lorsqu'il y a quelque temps qu'elle n'a pas satisfait à ce besoin. Ces mêmes signes serviroient à distinguer les tumeurs herniaires des polypes qui s'élèveroient dans le vagin.

Il est une maladie particulière, décrite par Denmann et Watson, qui pourroit plus facilement encore en imposer pour une tumeur humorale, à laquelle ils ont donné le nom d'*hydropisie du périnée*. Chez des femmes atteintes d'hydropisie ascite, ils ont vu l'eau contenue dans l'abdomen s'insinuer entre le vagin et le rectum, s'y accumuler en assez grande quantité pour pousser en avant la partie postérieure du vagin, et amener la tumeur molle qui en resulte à l'entrée de la vulve, qui en est bouchée. Le toucher a appris, dans ces deux cas, à Denmann que cette tumeur communiquoit avec l'abdomen. La fluctuation manifeste qu'elle présentoit ne permettoit pas de la confondre avec une hernie formée par les intestins ou l'épiploon. Cette tumeur, qui avoit la forme d'une vessie enflée, diminuoit par la pression, et disparoissoit même totalement si on la continuoit quelque temps. Mais dès que la malade se tenoit debout, la tumeur reprenoit son volume ordinaire. Watson, dans un cas semblable, a plongé un troicart dans la tumeur pour donner issue au liquide. Le succès qu'il a obtenu doit encourager à imiter sa hardiesse. En effet, l'eau contenue dans l'abdomen s'écoula en totalité, et la femme fut guérie de son hydropisie ascite : elle n'a pas éprouvé de récidive.

L'œdème est la plus commune de toutes les tumeurs qui surviennent aux parties de la femme. Si l'infiltration n'est que médiocre, elle favorise l'accouchement; elle fait que les grandes

lèvres se prêtent plus facilement à l'extension nécessaire pour le passage du fœtus. Une infiltration considérable peut, au contraire, gonfler les grandes lèvres au point de rétrécir l'entrée du canal et de s'opposer à sa dilatation. On doit, quelque temps avant l'accouchement, dégorger les parties ainsi œdématiées, en pratiquant quelques mouchetures. Levret, qui craint que la cicatrice qui en résulteroit ne fasse perdre à ces parties leur souplesse, et n'occasionne des tiraillemens douloureux, préfère, pour évacuer cette sérosité, l'application d'un vésicatoire placé aux cuisses, proche les grandes lèvres. La cicatrice que redoute Levret est presque nulle quand on se contente de pratiquer des mouchetures.

L'on rencontre aussi fréquemment des varices dans l'intérieur du vagin, au col de la matrice et dans les grandes lèvres. L'accoucheur appelé auprès d'une femme qui a des varices vers l'une de ces parties, doit soutenir et comprimer doucement ces tumeurs pendant les efforts de l'accouchement, pour éviter qu'elles ne se rompent. Si l'on est appelé trop tard, et qu'à la suite d'une rupture de ces vaisseaux variqueux il se soit formé une tumeur sanguine assez considérable pour mettre obstacle à la sortie de la tête de l'enfant, il faut l'ouvrir sans délai et en faire sortir le sang coagulé. M. Sédillot aîné cite une observation dans laquelle des tumeurs de cette espèce se sont développées avant l'accouchement et y ont mis de grands obstacles; mais les cas où cette tuméfaction devient assez considérable pour s'opposer à l'accouchement sont très-rares.

Lorsque les varices viennent à se crever pendant les efforts du travail, au lieu d'une tumeur sanguine il survient quelquefois une hémorrhagie qui met la vie de la femme en danger si l'accouchement tarde long-temps à se terminer par une cause quelconque. Dans ce cas, il est nécessaire de recourir au forceps pour accélérer la délivrance. Enfin il peut arriver que la tumeur n'ait pas assez de volume pour s'opposer à l'accouchement, ou qu'elle ne se soit manifestée qu'après sa terminaison, quoique la crevasse de la tumeur variqueuse se soit faite pendant les efforts du travail, comme on le voit dans le fait de

Solayrès, dans celui de Brasdor père, dans celui de M. Baudelocque. Le sang ne s'épanche qu'après l'accouchement, parce qu'à l'époque de la rupture le tissu cellulaire de l'intérieur du bassin se trouve comprimé par la tête, qui est très-basse.

La tumeur qui se forme alors dans le tissu spongieux de l'une des grandes lèvres, ou dans les deux, n'est pas toujours résoluble; le plus souvent elle n'en occupe qu'une seule. On l'a prise pour un renversement du vagin lorsqu'elle occupoit en même temps les deux grandes lèvres. Leur couleur est brunâtre, bleuâtre ou d'un rouge violet. Lorsque le gonflement est considérable, la femme éprouve de la tension et de la douleur. Solayrès a vu une tumeur de ce genre assez volumineuse pour boucher le vagin, de manière qu'il lui fut impossible d'introduire le doigt dans ce canal. Il est presque toujours nécessaire, si on veut prévenir l'inflammation, d'ouvrir la tumeur, et d'évacuer le sang coagulé qu'elle contient par de douces pressions : on applique ensuite dessus des topiques spiritueux. On n'a pas à craindre d'hémorrhagie grave, et s'il en survenoit une, on peut facilement l'arrêter en tamponant le vagin et l'intestin rectum, si cela devient nécessaire. Pour faciliter l'écoulement des lochies, on pourroit remplacer le tampon de charpie, de filasse, par le pessaire en bondon, qui, en exerçant une compression, laisseroit un vide dans son centre pour l'issue du sang fourni par la matrice.

On peut rencontrer dans l'intérieur du vagin des tumeurs squirrheuses qui peuvent s'opposer à la sortie du fœtus. Ou ces tumeurs ont un pédicule, ou leur base est fort large. Lorsqu'elles ont un pédicule, il est toujours facile de les extirper pendant les efforts de l'accouchement, parce que la tête de l'enfant les pousse devant elle et les rapproche des grandes lèvres. Il est au contraire extrêmement difficile d'enlever celles dont la base est large, et qui auroient des adhérences avec le col de la vessie, l'intestin rectum ou la matrice. Si l'on rencontroit des tumeurs de ce genre assez volumineuses pour s'opposer à la sortie de la tête, on feroit peut-être courir

autant de danger à la femme, en extirpant certaines de ces tumeurs, que si l'on pratiquoit l'opération césarienne. Si elles occupoient un des côtés du bassin, ne pourroit-on pas tirer parti de la section du pubis, qui agrandit considérablement le diamètre transversal du bassin?

Denmann ayant reconnu après la délivrance qu'il existoit un polype, introduisit la main dans la matrice, saisit le polype, le roula sur lui-même, et vint à bout de le séparer de l'utérus.

Une femme qui éprouve les douleurs de l'enfantement peut avoir une pierre plus ou moins volumineuse dans la vessie. Si la tête, en s'engageant, la pousse devant elle, elle peut s'opposer à l'accouchement. Il faut repousser la tête s'il est possible d'y réussir; on remonte ensuite la pierre, et on la dirige vers l'une des fosses iliaques, où on la retient jusqu'à ce que la tête soit engagée. Mais si la tête ne peut plus être repoussée, et que la pierre, par son volume, s'oppose à sa sortie, il devient alors nécessaire d'inciser la vessie et la paroi antérieure du vagin sur la saillie que forme le calcul. Dans les cas même où la tête pourroit encore sortir, après des efforts violens et soutenus, les maux que l'on auroit à craindre de la compression des parties molles entre la tête de l'enfant et la pierre qui est dans la vessie, ne seroient-ils pas plus grands que ceux qui pourroient résulter de cette espèce de lithotomie pratiquée sur le corps de la vessie? Une ouverture fistuleuse, par laquelle l'urine s'écouleroit pendant le reste de la vie, ne seroit-elle pas une suite aussi certaine de la compression et de la lacération des parois de la vessie, que de leur section au moyen d'un instrument tranchant? Denmann, qui a conseillé ce procédé, cite deux observations qui semblent indiquer que cette opération peut être pratiquée sans occasionner par la suite une incontinence d'urine. Il rapporte que deux chirurgiens de campagne n'ayant pu accrocher et extraire par les tenettes une pierre contenue dans un kyste particulier de la vessie, firent à travers la paroi du vagin, immédiatement sur la pierre, une incision qui ne laissa à sa

suite aucune ouverture fistuleuse par où les urines se soient écoulées.

Une tumeur formée par une hydropisie enkystée de l'un des ovaires peut remplir la cavité du bassin au point de rendre la sortie de l'enfant impossible. Au lieu de recourir alors, pour terminer l'accouchement, à la ponction du crâne, comme on le fait en Angleterre, ou à l'opération césarienne, comme on le pratique en France, ne seroit-il pas plus simple d'introduire un troicart dans la tumeur qui, donnant issue à une très-grande quantité de liquide, l'affaisseroit suffisamment pour faciliter la naissance de l'enfant?

Phénomènes du dernier temps du travail de l'enfantement.

J'ai interrompu l'exposition des phénomènes du travail de l'enfantement immédiatement après l'évacuation des eaux, pour tracer la conduite que l'on doit tenir suivant les circonstances variées qui peuvent le compliquer, parce que c'est ordinairement à cette époque que l'on doit agir, si les secours de l'art deviennent nécessaires.

Après l'évacuation des eaux et un repos de courte durée, les contractions de la matrice deviennent plus vives qu'auparavant. Bientôt la tête s'engage dans l'orifice, et franchit le détroit supérieur, si l'enfant est bien situé et le bassin bien conformé. J'ai cru remarquer que la tête abandonne plus promptement l'orifice si, comme le conseil Stein, on le pousse doucement en haut pendant les douleurs, avec le bout du doigt que l'on promène autour de cette partie. Quand on examine attentivement ce qui se passe alors vers l'orifice, on observe que la lèvre postérieure disparoît la première. On continue encore de sentir pendant quelque temps les parties latérales du col et la lèvre antérieure. Les lèvres latérales ne tardent pas à disparoître aussi. On dit que la tête est au couronnement lorsque la lèvre antérieure est la seule qui soit sensible au toucher. Quoique la tête remplisse exactement le vagin, on sent encore assez souvent cette lèvre antérieure de

l'orifice de la matrice qui se porte de plus en plus en haut sous les os pubis, jusqu'à ce qu'elle disparoisse totalement. J'ai entendu parler spécialement de cette lèvre antérieure lorsque j'ai reconnu, avec Stein, qu'il pouvoit être utile, dans un accouchement naturel, de pousser doucement en haut tout le tour de l'orifice de la matrice. La tête en s'engageant pousse au-devant d'elle le col de l'utérus, jusqu'à ce qu'il ait acquis assez de dilatation pour que les protubérances pariétales puissent le traverser; elle ne franchit pas toujours l'orifice à la même hauteur du bassin; quelquefois elle remplit entièrement le vagin, et paroît en quelque sorte à la vulve, quoiqu'elle soit encore enveloppée du col de la matrice : c'est ce qui arrive surtout dans le cas d'obliquité considérable, ou lorsque l'orifice offre beaucoup de rigidité.

Au moment où la tête commence à parvenir dans l'excavation du bassin, la femme éprouve des douleurs dans la partie interne des cuisses. Si elle est volumineuse et le sacrum un peu aplati, elle ressent, dans la partie postérieure des cuisses et des jambes, des crampes souvent plus insupportables que les douleurs les plus fortes de l'accouchement, lesquelles sont occasionnées par la pression que la tête exerce sur les nerfs sacrés. Il n'y a ordinairement qu'une seule cuisse d'affectée, parce que la tête comprime rarement les nerfs des deux côtés en même temps. On ne pourroit calmer ces crampes, ainsi que l'engourdissement et les tremblemens dans la partie postérieure des cuisses, dont sont atteintes quelques femmes vers les derniers temps du travail, qu'autant qu'on réussiroit à changer la direction de la tête, en la sollicitant à se porter en avant, pour qu'elle ne comprime plus les nerfs aussi fortement qu'elle le faisoit. Les frictions sèches pratiquées dans toute l'étendue de la cuisse affectée procurent du soulagement; mais il n'est que momentané, parce que ce moyen n'est pas dirigé contre la cause de l'accident.

Dès l'instant où la tête est descendue dans le vagin, la femme sent un besoin pressant d'aller à la garde-robe, qui dépend de la pression que la tête exerce sur le rectum : le

plus souvent ce besoin est factice. On doit lui conseiller de continuer de pousser comme si elle ne l'éprouvoit pas, et de rendre les excrémens sur le lit dans le cas où il seroit réel. Si elle demande à se mettre sur sa chaise, on doit l'en détourner, en lui représentant qu'elle pourroit accoucher dans cette posture, ce qui l'exposeroit à des accidens ainsi que son enfant. Ce dernier, en tombant, peut entraîner le placenta, ou renverser la matrice, si les adhérences de cette masse sont très-fortes.

Le moment où ce besoin se manifeste est ordinairement celui où les parties externes bombent, et où le périnée est poussé en avant pendant chaque douleur. Si le périnée est très-souple, comme cela a presque toujours lieu lorsqu'il y a déjà eu plusieurs accouchemens, la tête sort promptement. Si au contraire les parties sont rigides, comme cela arrive pour l'ordinaire dans un premier accouchement, la femme peut encore rester assez de temps sans se délivrer. Il n'est pas rare que, dans un premier accouchement, la tête tarde encore une heure et demie et deux heures à sortir. Dans ce moment, presque toutes les femmes se plaignent, lorsqu'elles accouchent pour la première fois, de ressentir une sensation qui leur fait croire qu'on les pique, ou qu'on les écorche avec les ongles, quoique souvent on ne les touche pas dans l'instant de leur douleur. Ce sentiment dépend de la distension qu'éprouvent les parties, qui en sont contuses et quelquefois déchirées. On ne doit pas, pour l'ordinaire, attribuer ces meurtrissures, comme l'accouchée le fait souvent injustement, aux attouchemens trop fréquens et trop rudes exercés par la sage-femme. La douleur est moins vive dans les accouchemens suivans, parce que les parties cèdent plus facilement. Si d'ordinaire le premier accouchement est plus lent et plus douloureux, on voit cependant quelquefois des femmes accoucher pour la première fois avec facilité, et sans beaucoup de douleur.

Dans un premier accouchement, la tête, pendant la douleur, pousse le périnée en dehors. Dans le moment de relâche, la tête rentre dans le bassin, et le périnée s'affaisse.

Ces phénomènes se répètent jusqu'à ce que les protubérances pariétales aient franchi les tubérosités ischiatiques : alors la tête ne remonte plus après la douleur. Pendant long-temps, l'on a cru que la tête rentroit ainsi après chaque douleur, parce qu'elle étoit retirée par le cordon ombilical, entortillé autour du col de l'enfant. L'on convient aujourd'hui généralement que la rentrée de la tête dépend de l'élasticité du périnée qui, après avoir été distendu, revient sur lui-même dès que la puissance qui pousse la tête en avant cesse d'agir. Aussi l'existence de cet effet et sa durée sont-ils toujours en proportion de la roideur des parties externes; en sorte que l'accoucheur, qui s'est assuré de la consistance de ces parties, peut annoncer d'avance si la femme présentera ou non ce phénomène.

Il est cependant important d'observer que l'on voit quelquefois la tête descendre un peu pendant chaque douleur, et remonter ensuite après qu'elle est passée, quoiqu'elle soit encore trop élevée pour pousser le périnée en avant. On ne peut pas non plus en accuser, comme on le fait communément, le peu de longueur du cordon, qui s'allonge pendant la douleur, et retire ensuite la tête dès qu'elle vient à cesser. Dans ce cas, la partie inférieure de la matrice dans laquelle s'est confondu l'orifice interne, est fortement contractée au-devant des épaules, ce qui s'oppose à ce que la tête puisse se dégager de l'orifice. Pendant chaque douleur la tête l'entraîne au-devant d'elle, plus ou moins profondément, dans l'excavation; mais aussitôt après les contractions, elle remonte avec l'utérus qui se restitue dans sa situation. Je ferai connoître ailleurs les indications que présente cette disposition particulière de l'orifice interne lorsque le resserrement est très-considérable.

Lorsque la tête est engagée entre les deux tubérosités ischiatiques, elle ne peut plus remonter après chaque douleur. Cet instant est celui où le périnée, qui reste constamment distendu, court les plus grands dangers de se déchirer. C'est aussi celui où les secours de l'accoucheur sont le plus néces-

saires. Diverses manœuvres ont été recommandées dans la vue d'augmenter la dilatation des parties que la tête doit traverser en sortant. Des accoucheurs illustres ont regardé l'ampliation que l'on opère avec les mains comme le moyen le plus sûr de prévenir la déchirure du périnée, qui, comme je le dirai, entraîne tant de désagrémens à sa suite, dont la réunion est si difficile, si ennuyeuse, et qui, lorsqu'elle a été obtenue, est très-sujette à se diviser dans un autre accouchement.

Dès que les douleurs se font sentir vivement, les sages-femmes introduisent les doigts dans la vulve pour la dilater; mais cette manœuvre produit un effet tout contraire : elle irrite les parties, les enflamme, en les privant de l'humidité que la nature fournit abondamment durant le travail pour les abreuver. Ce n'est que dans le moment où la tête de l'enfant commence à faire bomber les parties extérieures, que l'on peut introduire deux doigts à l'entrée de la vulve pour l'élargir, tantôt en écartant les doigts l'un de l'autre, tantôt en pressant en bas du côté du périnée. Quand on croit devoir employer cette manœuvre, il ne faut agir que pendant l'intervalle des douleurs. Je n'y ai jamais recours, parce que, quand il seroit démontré qu'elle n'entraîne aucun inconvénient, les femmes ne manqueroient pas d'attribuer à cette pratique les douleurs et le tiraillement qu'elles éprouvent par la suite dans ces parties. Si cependant elle devoit leur être utile, le jugement injuste que l'on pourroit en porter ne devroit pas empêcher d'administrer ce secours à la femme; mais je crois que cette pratique, recommandée par Ménard, Fried et Rœderer, est au moins inutile, si elle n'est pas nuisible. En pressant le périnée en arrière avec les doigts courbés, appliqués sur la commissure inférieure lorsque la tête fait effort pour sortir, loin de faciliter l'accouchement et de garantir le périnée, il me semble que l'on favorise au contraire la lésion de cette cloison, que l'on distend et que l'on empêche de s'accommoder à la forme ronde de la tête.

La méthode recommandée par Stein pour faciliter la sor-

tie de la tête, qui consiste à la faire glisser sur les doigts introduits dans le vagin, pendant qu'on la soulève en avant sous l'arc du pubis dans une direction demi-circulaire, ne peut s'exécuter sans danger pour la femme, et produit en pure perte des douleurs vives. Quoique cette manœuvre soit basée sur la connoissance du mécanisme de l'accouchement naturel, qui apprend que la tête décrit en sortant une ligne diagonale, je crois cependant que cette manœuvre, loin de conserver le périnée, tend plutôt à le déchirer. Les doigts que l'on introduit dans la vue de diminuer la pression de la tête sur le périnée, en rompant l'effort qui la portoit vers le rectum, occupent un espace considérable, et pressent sur le bord supérieur du périnée d'une manière plus désavantageuse que ne le feroit la tête elle-même.

Le levier que Stein conseille de conduire vers la courbure du sacrum, de manière à embrasser la face quand la tête remplit si exactement le vagin que l'on ne peut pas introduire les doigts entre elle et le périnée, seroit également dangereux, parce que, comme les doigts, il distendroit beaucoup plus le périnée.

La meilleure manœuvre pour prévenir la déchirure du périnée est celle qu'a enseignée Puzos, et qu'ont adoptée Smellie et M. Baudelocque : elle consiste à soutenir le périnée jusqu'à ce que les parties externes soient suffisamment dilatées pour laisser passer la tête. On doit former avec les doigts, ou la paume de la main, qui sont appuyés sur la fourchette et le périnée, un plan incliné sur lequel glisse la tête. On doit éviter que l'extrémité des doigts et le pouce portent sur les côtés de la vulve, parce qu'ils s'opposeroient à son développement. Il faut en outre, pour éviter la déchirure du périnée, que les cuisses soient médiocrement fléchies et écartées. En effet, lorsque les cuisses sont fortement fléchies et les genoux très-écartés, le périnée est extrêmement tendu, ce qui l'empêche de se développer et de s'accommoder à la figure ronde de la tête. Pendant chaque douleur, en même temps que l'on porte le périnée vers l'intérieur, on doit presser la tête du côté de l'anus pour

la forcer à se relever du côté de l'arcade : par là on l'éloigne du coccyx vers lequel elle est dirigée par les efforts naturels, et on la force, pour ainsi dire, à décrire la ligne courbe qu'elle doit suivre en se dégageant de dessous l'arcade. J'ai expérimenté qu'il étoit très-avantageux, pour prévenir la déchirure du périnée dans un premier accouchement, lorsque la tête est en partie dehors, de renverser l'occiput vers l'arcade du pubis avec quelques doigts appliqués sur cette partie. Dans la même vue, on peut insinuer l'index de la main qui ne soutient pas le périnée sous un des angles de la mâchoire inférieure.

Deventer a donné le précepte de repousser le coccyx en arrière pendant que la tête fait effort pour sortir. Sans parler des inconvéniens auxquels la rétropulsion du coccyx exposeroit la femme, elle seroit en pure perte, parce que cette partie n'oppose jamais d'obstacles si le bassin est bien conformé : ils dépendent toujours de la résistance des parties externes.

Pendant long-temps on a donné le conseil de saisir la tête par les oreilles pour l'entraîner au-dehors dès qu'elle paroissoit à la vulve. Il seroit moins ridicule d'introduire les doigts de chaque côté pour la saisir; mais on ne réussiroit pas davantage à l'entraîner par ce procédé. Plusieurs auteurs ont conseillé d'introduire un ou deux doigts dans l'anus pour pousser la tête de derrière en devant et de bas en haut. Van-Dœveren assure avoir été témoin que l'introduction des doigts dans l'anus irrite l'intestin, l'enflamme souvent, et qu'elle est une cause fréquente de diarrhée. Par cette manœuvre, on rétrécit l'étendue du diamètre coccy-pubien; de plus, on tend à imprimer à la tête une direction différente de celle que lui fait suivre la nature lorsqu'elle la dégage elle-même. On la pousse directement de derrière en devant, tandis que, par les efforts naturels, elle ne parvient au-dehors que parce que la tête se renverse en arrière, la nuque roulant sous l'arcade à mesure que le menton abandonne la poitrine.

Dès que la tête a franchi la vulve, si les épaules sont bien situées et de volume ordinaire, une seule douleur suffit pour les pousser au-dehors. Si les épaules conservent au détroit infé-

rieur la situation diagonale ou transversale qu'elles avoient au détroit supérieur, elles ne peuvent sortir qu'avec difficulté quoiqu'elles soient petites. Il faut toujours en diriger une vers le pubis et l'autre vers le sacrum, toutes les fois qu'elles sont placées différemment à l'égard du détroit périnéal. Les épaules peuvent tarder long-temps à sortir, soit parce qu'elles ont trop de largeur, soit parce que la vulve se resserre autour du cou de l'enfant, immédiatement après la sortie de la tête : ce qui l'expose à être étranglé. Il faut le saisir par-dessous les aisselles avec l'index de chaque main, dont on forme un crochet : on doit agir uniquement sur celle qui est en arrière, jusqu'à ce qu'elle paroisse à la vulve. Si les doigts ne suffisoient pas pour extraire les épaules, ce qui doit être très-rare, on appliqueroit des lacs, ou les crochets mousses qui terminent les branches du forceps. Ce procédé est bien préférable aux tractions sur la tête et sur le col de l'enfant, que d'autres conseillent dans la vue d'extraire le tronc. Si ces efforts étoient considérables, ils seroient très-dangereux pour l'enfant.

Situation que l'on doit donner à la femme pendant le travail de l'accouchement.

Dans le commencement du travail, s'il n'est accompagné d'aucun accident, la situation de la femme est indifférente. On doit toujours lui permettre de prendre celle qui lui paroît la plus commode; mais vers la fin du travail, elle n'est plus arbitraire. Quoique l'expérience apprenne que les femmes peuvent accoucher dans presque toutes les situations, on ne peut cependant pas nier que la facilité de l'accouchement ne dépende beaucoup de celle qu'on leur fait prendre. Mais il ne faut les obliger à la garder, quelle que soit celle à laquelle on accorde la préférence, que lorsqu'on reconnoît, au moyen du toucher, que l'orifice est suffisamment dilaté pour que la poche des eaux s'y engage de manière à le déborder. La femme s'ennuit, perd ses forces lorsqu'on la retient trop long-temps dans la même situation.

Quoiqu'il y ait des positions plus avantageuses les unes que les autres pour l'accouchement, cependant si la femme ne veut en prendre aucune autre que celle à laquelle elle est accoutumée et qui lui plaît davantage, il faut la lui permettre, quoiqu'elle soit moins convenable par elle-même, pourvu que celle qu'elle préfère ne puisse pas trop retarder la délivrance, ou à moins qu'elle ne soit de nature à exposer l'un des deux individus à des accidens graves, comme lorsqu'elle veut accoucher debout, ou bien placée sur les genoux en saisissant avec les mains le dos d'une chaise. La traction violente que l'enfant exerce sur le cordon peut le rompre, ou bien renverser la matrice; il peut périr lui-même s'il tombe brusquement et d'une certaine hauteur. Si l'on peut, dans un accouchement naturel, accorder beaucoup aux caprices des femmes, on est obligé de contrarier leurs fantaisies lorsque, faute d'adopter la situation qu'on leur conseille dans la vue de changer les rapports de l'enfant et de la matrice avec le bassin, l'accouchement pourroit devenir contre nature, et compromettre les jours de l'un des deux individus, et quelquefois des deux en même temps.

Différentes circonstances qui compliquent le travail peuvent exiger que la femme reste couchée dès le commencement. Les femmes qui sont menacées d'hémorrhagie doivent prendre la situation horizontale; celles qui sont foibles ou qui tombent en syncope aux moindres douleurs, celles qui sont sujettes aux convulsions ou qui craignent une descente de matrice, doivent rester au lit pendant toute la durée du travail. S'il existe une obliquité antérieure très-considérable de la matrice, la femme doit rester couchée sur le dos. Si l'obliquité est latérale, on la placera sur le côté droit ou gauche, suivant l'espèce d'obliquité.

La femme doit au contraire se tenir debout le plus qu'elle peut si elle est asthmatique ou hydropique. On ne peut pas non plus l'accoucher dans une situation horizontale; on doit la tenir debout ou bien assise si on ne veut pas l'exposer à être suffoquée. Les femmes bossues, toutes celles dont la respiration

est difficile, font aussi mieux valoir leurs douleurs lorqu'elles sont debout.

Dans l'accouchement naturel, il est à-peu-près indifférent que la femme en travail soit placée sur une chaise ou sur un lit, pourvu que l'un et l'autre soit construits de manière que l'axe de l'utérus soit dirigé vers l'axe du bassin, que la femme y soit légèrement inclinée, que les parties externes, le sacrum et le coccyx, libres de toute compression de la part de la marge de la chaise ou du bord du lit, puissent céder facilement lorsque la tête tend à sortir; enfin, de façon qu'il y ait des appuis fermes contre lesquels la femme en travail puisse arc-bouter ses pieds et ses mains, ce qui l'aide à pousser avec plus de force. En faisant attention aux conditions que j'ai dit être nécessaires pour que la situation soit commode à la femme en travail, il n'est pas difficile de déterminer, parmi le nombre incroyable de chaises, de lits et autres machines décrites avec soin par les auteurs, quels sont les moyens qui doivent être proscrits, quels sont ceux que l'on pourroit conserver. Il est facile, d'après ces principes, à tout accoucheur, lorsqu'il manque des machines usitées dans son pays, de donner à la femme une situation commode, et de lui construire un lit, quelle que puisse être la pénurie où elle se trouve.

Les reproches que l'on a faits aux chaises ne sont pas applicables à celles des modernes, qui ont rendu le dosier mobile; de manière qu'on peut varier la situation de la femme suivant les époques du travail. Si les douleurs viennent à cesser et que la femme desire prendre du repos, on peut convertir certaines espèces de chaises en un lit commode.

Le lit dont on use en France, et que l'on peut construire par-tout sur-le-champ, offre tous les avantages des chaises usitées en Allemagne. Il est facile de le construire de manière que toutes les parties du corps de la femme y trouvent un point d'appui lorsqu'elle veut faire valoir ses douleurs. On se sert du lit ordinaire, ou on prend un lit de sangle sur lequel on étend un matelas suivant sa longueur. On en met ensuite un second plié en deux suivant sa longueur, qui ne recouvre que la moi-

tié du premier. On garnit convenablement le lit de draps pour le garantir des écoulemens qui se feront par la matrice. On appuie le bas du tronc de la femme sur le bord du matelas replié, pour que les parties se développent plus aisément et que le coccyx puisse se déjeter en dehors : on évite que les jambes portent sur les matelas. Lorsque les femmes sont couchées à plat, le lit s'oppose au développement du périnée et de la vulve, quoiqu'on ait l'attention de soulever les lombes avec des coussins. Il seroit utile de placer en travers du lit un morceau de bois contre lequel la femme pût arc-bouter ses pieds.

Lorsque la femme est encore debout, elle doit avoir l'attention, pour faire valoir ses douleurs, de s'appuyer les reins contre un corps solide, ou bien l'accoucheur doit les soutenir en passant son bras derrière elle. Pendant qu'elle se renverse, elle doit saisir avec ses mains un corps résistant contre lequel elle s'arc-boute.

J'ai traité de l'accouchement en général; j'ai fait voir que la cause déterminante étoit toujours la même, quelque différence que présente le travail. J'ai exposé les phénomènes généraux qui accompagnent cette fonction. Enfin, j'ai fait connoître les secours que l'on doit donner à la femme, suivant les circonstances variées où elle peut se trouver. Il me reste maintenant à considérer chaque classe d'accouchement en particulier.

PREMIÈRE CLASSE.

De l'Accouchement naturel.

Je néglige comme futiles les divisions proposées par quelques auteurs, qui se tirent du temps que dure le travail, des efforts plus ou moins grands que doit faire la femme, et des souffrances qu'elle éprouve pour se délivrer.

On entend par accouchement naturel celui où l'enfant, pour venir au monde, n'a besoin que des puissances contractiles de la mère : je le divise en deux ordres seulement. D'après la forme ovoïde sous laquelle l'enfant est replié dans le sein de sa mère,

il présente deux extrémités par lesquelles seules il peut avancer. Le premier ordre sera celui où il avance par l'extrémité encéphalique. Le second ordre comprendra les cas où il se présente par les membres abdominaux. Ce second ordre peut se diviser en trois genres, suivant la manière dont sont repliés les membres abdominaux. Tantôt ce sont les pieds, tantôt les genoux ou les fesses qui se présentent les premiers à l'orifice. L'expérience a prouvé, contre l'opinion d'Hippocrate, que les accouchemens où l'enfant avance par les membres abdominaux peuvent s'opérer par les seules forces de la mère.

Chacun des trois genres compris dans le second ordre, quoique possible sans le secours de l'art, n'est cependant pas aussi avantageux, ni aussi facile à la nature que le premier ordre d'accouchement, dans lequel la tête se présente dans une bonne position.

ORDRE PREMIER.

Accouchement naturel par la tête.

Par accouchement naturel par la tête on doit entendre seulement les positions dans lesquelles la région du vertex se présente à l'orifice de la matrice et à l'entrée du bassin. Quand les autres régions se présentent, elles donneroient lieu à un accouchement contre nature si l'on ne s'occupoit pas promptement de ramener la tête dans une situation plus favorable. La présence de ces régions constitue la seconde classe, à laquelle j'ai donné le nom d'*accouchemens mixtes*.

On reconnoît le sommet de la tête, dont la présence constitue le premier ordre de l'accouchement naturel, par une tumeur ronde, solide, plus ou moins étendue, sur laquelle on rencontre plusieurs sutures et plusieurs fontanelles. Lorsque le vertex se présente, les sutures et les fontanelles ne répondent pas toujours au même point; ce qui a fait que les accoucheurs ont distingué différentes positions du vertex, suivant la manière dont cette partie se présente au détroit supérieur, et que l'on détermine par la situation des fontanelles, et d'après la direction des sutures.

Quoiqu'il n'y ait aucun point du bassin auquel la fontanelle postérieure, que l'accoucheur doit toujours prendre pour son guide, ne puisse correspondre, on peut restreindre le nombre des positions à six principales. En décrivant un moindre nombre de positions on pourroit encore donner une idée exacte du mécanisme de cette fonction naturelle. Si je regarde comme important de les admettre, c'est plus spécialement pour les cas où les secours de l'art deviennent nécessaires. Nous verrons que l'application du forceps, pour être faite avec avantage, suppose la connoissance de ces divers rapports de la tête avec le bassin, ainsi que celle de la marche qu'elle suit pour parvenir au dehors.

Les uns ont proposé de borner le nombre des positions de la tête à deux; d'autres en admettent quatre. Dans cette dernière opinion, qui est celle de M. le professeur Alphonse Leroy, on révoque en doute les positions dans lesquelles l'occiput et le front franchiroient le détroit abdominal, placés directement entre le pubis et le sacrum. En effet, le raisonnement porteroit à croire que la forme arrondie du sacrum ne peut pas permettre à l'occiput et au front de rester appliqués contre la saillie qu'il forme, et que quand ils s'y seroient présentés un instant, ils devroient nécessairement s'incliner sur l'un des côtés dès les premières contractions de la matrice. Si, en consultant l'expérience, on ne peut pas admettre rigoureusement cette manière de voir, elle se rapproche cependant beaucoup plus de la vérité que l'opinion des accoucheurs qui ont cru que la position où l'occiput répond à la symphyse du pubis étoit la plus ordinaire. Comme ils voyoient la tête présenter l'occiput sous la symphyse du pubis, dans le moment où elle se dégage de dessous l'arcade, il étoit naturel de penser qu'elle s'étoit engagée de la même manière au détroit supérieur, jusqu'à ce que le toucher eût appris le contraire.

Si l'occiput peut franchir le détroit abdominal, lorsqu'il répond directement au pubis ou au sacrum, sans s'incliner ni de l'un ni de l'autre côté, il faut convenir que ces cas sont rares. Il faut supposer qu'au moment où l'occiput répond à l'un de

ces deux points, il survient tout-à-coup une contraction vive de la matrice qui engage la tête dans l'excavation.

On peut se représenter la circonférence du bassin comme divisée en deux demi-circonférences, l'une antérieure et l'autre postérieure. Dans les trois premières positions des auteurs, la fontanelle postérieure répond à un des points cardinaux de la demi-circonférence antérieure; dans les trois dernières, cette même fontanelle postérieure répond à un point diamétralement opposé de la demi-circonférence postérieure. Je les classerai selon qu'elles sont plus fréquentes et plus faciles à la nature. Au lieu des expressions numériques de *première*, de *seconde*, etc., etc., positions, qui ne forment pas image, j'emploierai pour les désigner une dénomination qui rappelle la situation de l'occiput, qui est leur caractère distinctif. Cette manière de les nommer me paroît offrir un avantage réel, parce qu'elle présente à l'esprit un tableau fidèle des rapports des diverses parties de l'enfant avec le bassin et la matrice.

Je nommerai la première *position occipito-cotyloïdienne gauche*, la deuxième *occipito-cotyloïdienne droite*, la troisième *occipito-pubienne*, la quatrième *occipito-sacro-iliaque droite*, la cinquième *occipito-sacro-iliaque gauche*, la sixième *occipito-sacrée*. On pourroit encore désigner les trois dernières positions par les rapports du front avec la demi-circonférence antérieure du bassin. D'après cette nomenclature, la quatrième position seroit appelée *fronto-cotyloïdienne gauche*, la cinquième *fronto-cotyloïdienne droite*, la sixième *fronto-pubienne*.

La position qui se rencontre le plus fréquemment est celle où la fontanelle postérieure est située derrière la cavité cotyloïde gauche, tandis que l'antérieure est au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. La suture médiane se porte obliquement du côté gauche du bassin vers le côté droit.

La position qui vient ensuite est celle où la fontanelle postérieure est située derrière la cavité cotyloïde droite, et l'antérieure au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. La suture médiane traverse le bassin diagonalement en se diri-

geant de droite à gauche, et tant soit peu d'avant en arrière : cette position est plus rare que la précédente. M. Baudelocque pense que le rapport de ces deux positions est comme sept ou huit sont à un. Si je pouvois juger d'après les accouchemens que j'ai vus, cette différence ne seroit pas aussi considérable, c'est-à-dire, que l'on ne trouveroit pas huit fois l'occiput vers la cavité cotyloïde gauche, tandis qu'on ne le rencontre qu'une fois vers celle du côté droit. Ces deux positions sont les plus avantageuses. La tête se trouvant située diagonalement au détroit supérieur, ses plus grands diamètres répondent aux plus grands du bassin ; or, ce rapport est évidemment le plus favorable pour la sortie de l'enfant.

Je place ensuite la position où la fontanelle postérieure répond à la symphyse du pubis, et l'antérieure au sacrum. La suture médiane a la même direction que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Si on considère cette position sous le rapport de la fréquence, elle ne devroit être exposée que l'une des dernières ; car elle est bien plus rare que les positions où le front répond à l'une des cavités cotyloïdes. Si je la place la troisième, c'est parce qu'elle est plus facile à la nature que les trois autres quand le bassin a la grandeur ordinaire. Quand on admet sa possibilité, on peut encore la compter parmi les bonnes positions.

Dans les deux positions suivantes, la suture médiane est située diagonalement, comme dans les deux premières positions; mais la fontanelle antérieure répond à l'une ou l'autre cavité cotyloïde, et la fontanelle postérieure à la symphyse sacro-iliaque opposée. Ce sont de mauvaises positions de la tête, parce que la face vient en-dessus, et qu'à moins que les dimensions de la tête ne soient plus petites que celles du bassin, elle ne se dégage de dessous l'arcade du pubis qu'avec beaucoup de peine. Si elles sont plus difficiles, elles sont heureusement bien plus rares que les deux premières. On estime que leur rapport avec la première est comme quatre-vingts ou cent sont à un.

Dans la dernière position, la fontanelle postérieure est au-

devant du sacrum, et l'antérieure derrière la symphyse du pubis. La suture médiane est parallèle au diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. Cette position est la plus rare et la plus désavantageuse de toutes. Considérée comme naturelle, elle réunit les difficultés des deux positions précédentes, puisque la face vient également en dessus. Comme dans la troisième, elle présente son grand diamètre au plus petit du détroit supérieur.

Si on observe la marche que suit la tête dans chacune de ces positions, lorsqu'elle est expulsée par les efforts naturels, on voit qu'elle présente dans chacune d'elles quelque différence qu'il est important de connoître. Le mécanisme de ces différentes espèces d'accouchemens doit être étudié avec d'autant plus de soin, que c'est cette connoissance qui guide l'opérateur dans toutes les manœuvres que peuvent exiger toutes les espèces d'accouchemens contre nature où la tête se présente.

Première espèce. *Position occipito-cotyloïdienne gauche* (1).

Dans cette position, comme dans les suivantes, il ne suffit pas de reconnoître la partie qui se présente par son caractère distinctif. L'accoucheur doit encore, de la situation de l'occiput vers un point quelconque du bassin, déduire celle de toutes les autres régions du fœtus. C'est de cette connoissance que dépend l'application méthodique des secours de l'art, lorsque l'expulsion de l'enfant ne peut pas être confiée à la nature.

Dans cette position, la fontanelle postérieure répondant à la cavité cotyloïde gauche, il est aisé de voir que les pieds et les fesses de l'enfant occupent le fond de la matrice. Sa surface postérieure est située vers la partie antérieure et latérale gauche de la matrice et du bassin. La face, la poitrine répondent à la partie postérieure et latérale droite de l'utérus et du bassin. L'exercice heureux de l'art d'accoucher dépend de la connoissance de la situation de la partie antérieure et postérieure du

(1) Consultez, pour mieux saisir les rapports de l'enfant avec le bassin et la matrice dans cette position, la planche première.

tronc relativement à la matrice, lorsqu'une circonstance accidentelle rend cet accouchement contre nature et exige d'aller chercher les pieds. Cette réflexion est applicable à toutes les autres positions.

Ould et Smellie sont les premiers qui ont connu que la tête est située diagonalement au détroit supérieur. Cette situation diagonale de la tête au détroit abdominal est prouvée par le toucher, par les ouvertures des femmes mortes en travail. Le toucher prouve que la tête répond à l'un des côtés du bassin avant que les douleurs se déclarent. Il suffit de comparer la forme de la tête avec celle du sacrum et de la colonne vertébrale, pour être convaincu que cette position diagonale est la plus commode qu'elle puisse prendre, et que l'on ne peut pas admettre avec Levret qu'elle ne se place sur l'un des côtés que parce qu'au moment où les douleurs surviennent, elle est obligée de se détourner de la saillie du sacrum à laquelle elle répondoit auparavant.

Au début du travail, on ne rencontre souvent que la partie moyenne de la suture médiane au centre du bassin. Tant que l'une et l'autre fontanelle sont encore hors de la portée du doigt, on ne peut pas être certain de la position de la tête. Quoiqu'on puisse reconnoître que la suture médiane est dirigée de la cavité cotyloïde gauche vers la symphyse sacro-iliaque droite, on ignore encore si la fontanelle postérieure est en avant ou en arrière, et par conséquent si le vertex se présente dans la première ou dans la quatrième position. Les difficultés seroient les mêmes pour prononcer entre la deuxième et la cinquième position, entre la troisième et la sixième, tant qu'on ne touche que la suture médiane.

Dans le premier moment du travail, c'est ordinairement un des pariétaux qui se présente. Si l'on se rappelle l'inclinaison de l'axe du détroit supérieur, on conçoit facilement que la tête, qui doit s'accommoder à la direction de cet axe, doit elle-même décrire une ligne oblique et présenter un de ses côtés, au lieu de plonger perpendiculairement. Il résulte de là que les deux protubérances pariétales ne tendent pas à s'engager

en même temps ; mais que celle qui est en-dessous est déjà parvenue dans l'excavation avant que l'autre rencontre le rebord du détroit abdominal. L'on conçoit, d'après cette disposition, pourquoi une tête, même très-solide, peut traverser un bassin dont le diamètre antéro-postérieur est un peu moins étendu que le diamètre transversal de la tête.

Lorsque le travail avance, la partie moyenne de la suture médiane s'éloigne du centre du bassin pour faire place à l'une des fontanelles. Le plus souvent c'est la fontanelle postérieure qui se présente.

Lorsque les eaux sont écoulées, les premières contractions de la matrice tendent, dans l'ordre naturel, à fléchir la tête sur la poitrine. Pendant que cette flexion s'opère, la fontanelle postérieure se rapproche de plus en plus du centre du bassin. La tête ainsi fléchie parcourt la profondeur de l'excavation, en se portant de devant en arrière pour s'accommoder à la direction de l'axe du détroit supérieur. Elle continue de descendre jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par le sacrum, le coccyx et le périnée. Il est plus facile de reconnoître que la tête avance par sa partie postérieure lorsqu'elle a été comprimée, après l'écoulement des eaux, assez fortement pour faire chevaucher les os les uns sur les autres. Lorsque les os se croisent et que la peau se fronce, il se forme des plis qui conservent la direction des sutures et servent à les faire reconnoître. Cependant une tuméfaction trop considérable du cuir chevelu déroberoit la fontanelle postérieure à nos recherches.

Pendant que la tête plonge dans l'excavation dans une direction diagonale, l'une des bosses pariétales passe devant la symphyse sacro-iliaque gauche, et l'autre derrière la cavité cotyloïde droite : ce rapport doit être noté avec soin. Dès que l'épaisseur de la tête ne passe pas directement entre le pubis et le sacrum, cette disposition peut encore aider à rendre raison pourquoi une tête assez solide pour ne pouvoir pas éprouver de réduction, peut franchir un détroit qui a moins d'étendue du pubis au sacrum qu'elle n'a d'épaisseur entre les protubérances pariétales. C'est cette même disposition qui explique, lorsqu'on

a pratiqué la ponction au crâne, pourquoi la base, en se présentant diagonalement, peut franchir un détroit qui a moins d'étendue qu'elle, quoique cependant elle soit incompressible.

Dans cette position, c'est le pariétal droit qui répond à l'arcade du pubis. L'une des branches de la suture lambdoïde regarde le pubis du côté gauche, et l'autre branche est dirigée vers l'échancrure ischiatique gauche. On a souvent pris cette suture pour la suture médiane. D'après sa direction, qui est d'avant en arrière, on a cru que la tête avoit exécuté le mouvement de rotation.

La tête, parvenue dans le fond de l'excavation, ne peut plus suivre sa première direction, parce qu'elle est arrêtée par le sacrum et le coccyx. Les contractions de la matrice continuant d'agir sur elle, forcent l'occiput à rouler sur le plan incliné de derrière en devant que lui présente le côté gauche du bassin pour venir se porter vers la symphyse du pubis; tandis que la face se rend dans la courbure du sacrum, en roulant sur le plan incliné de devant en arrière qui se rencontre sur l'autre côté du bassin. Smellie, Plenck, Solayrès et M. Baudelocque ont très-bien décrit ce mouvement de pivot. Si l'on place les doigts sur la fontanelle postérieure, la tête étant encore placée latéralement, on sent quelquefois ce mouvement de la tête sur son axe s'exécuter pendant une forte douleur.

Pendant que l'occiput se porte vers l'arcade du pubis, le tronc reste immobile dans la matrice. Ce mouvement de pivot qu'éprouve l'occiput dépend uniquement de la torsion du col. La rotation exécutée, la fontanelle postérieure est située vers le milieu de l'arcade du pubis, et l'antérieure vers le sacrum. La suture médiane est parallèle au grand diamètre du détroit périnéal. Les branches de la suture lambdoïde répondent à chaque côté du bassin.

Cette conversion de la tête est rigoureusement prouvée par le toucher, quoiqu'il soit difficile d'assigner comment elle peut s'opérer. Je ne chercherai pas à déterminer si ce changement de situation dépend uniquement de la structure du bassin, ou bien s'il existe dans l'utérus et le vagin une force qui puisse l'o-

pérer, comme le prétend Thode contre l'opinion de Burton et de Rœderer, qui soutiennent qu'il n'existe dans la matrice aucune puissance propre à produire cet effet. Voici comment je conçois ce phénomène : la puissance qui engage l'enfant agissant d'une manière oblique, se décompose dès qu'elle rencontre un obstacle. Elle tend alors à faire décrire à la tête une diagonale ; mais elle trouve, de la part du bassin, un obstacle qui s'oppose à ce qu'elle puisse la parcourir : tendant à chaque douleur à s'échapper par une diagonale, et trouvant un nouvel obstacle, elle est forcée de décrire un commencement de courbe. L'inclinaison du bassin, qui a sa direction de derrière en devant, sollicite l'occiput à se porter de préférence vers le pubis.

Le menton, qui, jusqu'alors, est resté constamment appliqué sur la poitrine, commence à s'en écarter. L'occiput dilate la vulve, s'engage sous l'arcade du pubis, sous laquelle il roule en se relevant vers l'abdomen. Pendant que l'occiput se renverse en arrière, la nuque, qui est le centre de ce mouvement, roule sous le bord inférieur de la symphyse du pubis. Dans ce mouvement, l'occiput parcourt peu de chemin, pendant que le menton se porte, en décrivant une courbe, du sacrum à l'entrée de la vulve. Les forces expultrices portent sur le front et sur la face pendant ce troisième temps du travail, et forcent le menton à abandonner la poitrine. La longueur du cou suffit pour que la tête paroisse au-dehors, sans qu'il soit nécessaire que le tronc avance. Si la tête ne se défléchit pas, et qu'elle soit obligée d'avancer de haut en bas, tout l'effort porte sur le périnée, qui peut se rupturer dans son centre. Si on ne réussit pas à obtenir cette déflexion en pressant la tête de derrière en devant et de bas en haut pendant que l'on soutient le périnée, le seul moyen de prévenir la rupture de cette cloison seroit d'appliquer le forceps pour diriger la tête en avant, en écartant le menton de la poitrine.

A peine la tête est-elle dehors, que la face se tourne vers la cuisse droite de la femme, à laquelle elle répondoit dans le premier temps du travail ; car ce n'est qu'aux dépens de la torsion

du cou qu'elle s'est portée dans la courbure du sacrum : elle reprend sa première situation dès que le col se restitue dans son premier état. Le docteur Sacombe, qui fait décrire à la totalité de l'enfant un mouvement de rotation spirale, prétend que la face se porte vers la partie interne de la cuisse opposée à la fosse iliaque d'où elle est partie. Pour que ce phénomène, qui fait exception à la règle générale, ait lieu, il faut que l'effort qui opère la rotation de la tête se soutienne assez long-temps pour expulser le tronc en même temps que la tête. Dans une circonstance semblable, le tronc décrit une espèce de demi-pas de vis qui tourne la face à gauche. J'ai fait examiner plusieurs fois ce phénomène aux élèves qui suivoient mes cours.

Lorsque la tête est hors de la vulve, les épaules, qui se sont engagées diagonalement au détroit supérieur, comme la tête, se tournent l'une vers le pubis, et l'autre vers le sacrum. Il est étonnant que cette conversion des épaules, qui se voit à l'œil, ait été si long-temps inconnue aux accoucheurs, et qu'elle ait échappé à Ould, qui avoit remarqué celle de la tête. Smellie est le premier qui en ait fait mention. Le mouvement par lequel les épaules se dirigent, l'une en avant et l'autre en arrière, est opposé à celui par lequel la tête, aux dépens de la torsion du cou, roule de l'une des cavités cotyloïdes derrière le pubis.

L'épaule gauche, qui répond au sacrum, s'approche de la vulve et commence à s'y engager, tandis que l'épaule droite reste appliquée derrière la symphyse du pubis jusqu'à ce que l'autre paroisse au-dehors; ce qui indique, lorsqu'on aide le dégagement des épaules, de tirer principalement sur celle qui est en arrière. Si la conversion des épaules ne s'opère pas, on n'est pas réduit, comme le prétend le docteur Sacombe, à balancer leur grand diamètre pour que la nature manifeste par quelque signe quelle est celle qu'elle veut ramener en avant. Le mécanisme de cet accouchement naturel apprend que c'est l'épaule droite qui doit revenir vers le pubis, et que la gauche doit se porter dans la courbure du sacrum.

Telle est la marche de la nature dans cet accouchement, comme

on peut s'en convaincre si on la suit pas à pas dans ce travail. En l'observant, on verra qu'on peut y distinguer trois temps dans lesquels la tête exécute trois mouvemens différens. Dans le premier temps, la tête se fléchit en avant et parcourt l'excavation du bassin. Dans le second, elle exécute un mouvement qui ramène sa longueur entre le pubis et le sacrum. Dans le troisième, le menton quitte la poitrine, et l'occiput se renverse en arrière en se dégageant de dessous le pubis.

La tête doit présenter ses plus grands diamètres aux plus grands des détroits ; mais au détroit abdominal elle ne doit pas présenter, comme on le dit communément, son plus petit diamètre au plus petit de ce détroit. Son plus petit diamètre est dirigé d'une symphyse sacro-iliaque à la cavité cotyloïde opposée. La portion de tête qui passe entre le pubis et le sacrum est encore moins épaisse que son petit diamètre.

Cette espèce d'accouchement seroit toujours la plus avantageuse si les lois de la nature s'exécutoient invariablement; mais si la nature s'écarte de la marche que je viens de tracer d'après l'observation, l'accouchement en devient toujours plus difficile, souvent même impossible sans les secours de l'art.

Il peut arriver que la tête se renverse à raison d'une direction vicieuse des forces expultrices de la matrice. Je ne traiterai de la manière de la ramener dans une situation plus avantageuse que lorsque j'aurai tracé les particularités que présentent les autres positions. Par là, j'éviterai des répétitions, parce que toutes sont susceptibles du même écart, et que dans toutes l'indication est la même. Cet état de renversement constituera le premier genre des accouchemens mixtes.

Nul fait n'a encore prouvé que le fœtus puisse respirer et crier lorsqu'après la rupture des membranes, sa tête, qui est poussée par les douleurs vers l'ouverture des parties sexuelles, y est placée de manière que la bouche et les narines se trouvent exposées au contact de l'air, dans le cas où elle viendroit à rester long-temps dans cette position. Mais ma pratique me porte à admettre comme incontestable, avec William Hunter, Baudelocque, etc., que l'enfant dont la tête a franchi la vulve

peut respirer, pousser des cris s'il est plein d'énergie vitale, pendant que le reste du corps continue à être renfermé dans les parties sexuelles de la mère, toutes les fois que l'arrêt du tronc ne dépend que de la cessation des douleurs ou de la mauvaise position des épaules, ce qui est le plus ordinaire. Mais la respiration ne peut pas avoir lieu, quoique la tête ait franchi la vulve, si l'étroitesse et la résistance des parties sexuelles de la mère sont la cause qui s'oppose à la sortie du tronc : dans ce cas, l'état de gêne et d'enclavement où se trouve le thorax ainsi que le bas-ventre oppose un obstacle insurmontable à la respiration, comme avant la sortie de la tête retenue par l'étroitesse des parties génitales.

Deuxième espèce. *Position occipito-cotyloïdienne droite.*

Ce rapport de l'occiput apprend que la fontanelle antérieure est située au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche; que le dos de l'enfant répond à la partie antérieure et latérale droite de la matrice et du bassin; tandis que la face, la poitrine, les genoux sont situés vers la partie postérieure et latérale gauche du bassin. Je ne ferai qu'indiquer ce que le mécanisme de cet accouchement naturel a de commun avec celui de la position précédente, qui est, à quelques modifications près, le même dans toutes les positions. J'insisterai spécialement sur les particularités qu'elle peut offrir. Je suivrai la même marche en exposant le mécanisme des autres positions de l'accouchement naturel par la tête.

Le mécanisme de l'accouchement, dans cette position, est parfaitement semblable à celui de la position précédente. Comme dans l'autre, si les forces expultrices sont dirigées de manière à appliquer de plus en plus le menton de l'enfant sur la poitrine, la région occipitale parcourt, pendant le premier temps, la profondeur de l'excavation (1). Dans le second temps,

---

(1) Je regarde les contractions de la matrice comme la vraie cause de la flexion de la tête. On ne peut pas l'attribuer, avec le docteur Sacombe, à

l'occiput glisse sur le plan incliné de derrière en devant que lui présente le côté droit du bassin, pour venir se placer sous l'arcade du pubis; pendant ce même temps, la face se rend dans la courbure du sacrum. Dans le troisième temps, les forces expulsives écartent le menton de la poitrine; l'occiput dilate la vulve en se renversant vers le pubis. Ce mouvement de l'occiput est peu considérable; il ne fait que se contourner pendant que la nuque roule sous la partie supérieure de l'arcade. Pour que ce renversement de la tête qui facilite sa sortie ait lieu, il faut que la face parcoure une courbe qui mesure toute la longueur qui s'étend du sacrum au bord antérieur du périnée.

Dès que la tête est au-dehors, la face se tourne vers la cuisse gauche, à laquelle elle répondoit primitivement. Elle ne peut se tourner vers la cuisse droite qu'autant que les contractions se soutiennent assez long-temps pour imprimer au tronc la même rotation qu'à la tête. L'épaule gauche se tourne vers le pubis, et la droite vers le sacrum. Cette dernière avance seule jusqu'à ce qu'elle paroisse à la vulve.

Les rapports des diamètres de l'enfant et de ceux du bassin sont absolument les mêmes dans cette position que dans la précédente. L'occiput et la face n'ont pas plus d'espace à parcourir pour se porter, l'un vers la symphyse du pubis, et l'autre dans la courbure du sacrum, dans la position où la fontanelle postérieure est située vers la cavité cotyloïde droite que dans celle où elle est placée derrière la cavité cotyloïde gauche. D'après ces rapports, l'une de ces positions paroîtroit devoir être aussi

---

la saillie formée par le nez, qui, venant à s'arc-bouter contre un point du bassin, force la région occipitale à se présenter. Dans un bassin bien conformé, la tête ne porte pas assez exactement en arrière pour produire cet effet : d'ailleurs, la structure mobile du nez lui permet de s'affaisser quand il est comprimé. Le nez, par la saillie qu'il forme, ne contribue pas non plus, autant qu'il le prétend, à la rupture du périnée, dont il commenceroit la division à la manière d'un coin : les cas où il court le plus de risque de se rompre sont au contraire ceux où le nez ne répond pas au périnée. Cet accident arrive plus souvent lorsque la face vient en-dessus, position dans laquelle le nez se trouve derrière l'arcade du pubis.

favorable que l'autre à la sortie de l'enfant. La nature éprouve cependant plus de difficultés dans celle où l'occiput est à droite, parce que l'intestin rectum, qui est placé sur le côté gauche du sacrum, empêche le front de se porter aussi facilement dans sa courbure. Si cet intestin est distendu par des matières durcies, le mouvement de pivot qui ramène l'occiput vers le pubis et la face vers le sacrum s'exécute encore moins librement. Il est donc encore plus utile, dans cette espèce, de vider les gros intestins, et surtout le rectum, par des lavemens.

Les accoucheurs pensent qu'il arrive bien plus souvent dans cette position que dans la précédente, que la direction des forces expulsives, au lieu de faire avancer l'occiput, comme dans l'ordre naturel, tend à renverser cette région sur le dos. En effet, disent-ils, la tête est sur-tout exposée à se renverser lorsque la matrice est oblique du même côté où se trouve l'occiput, d'où ils concluent que la nature doit rencontrer plus souvent des obstacles dans sa marche lorsque l'occiput est placé derrière la cavité cotyloïde droite, puisque la matrice éprouve presque constamment une déviation vers la partie latérale droite du bassin. Je ferai connoître ce que l'on doit penser de cette opinion lorsque je traiterai du renversement de la tête. J'examinerai dans ce moment si l'on peut regarder l'obliquité de la matrice comme la cause déterminante de cet accident, et par conséquent s'il est vrai de dire que la tête est surtout exposée à se renverser lorsque l'utérus est oblique du côté où se trouve l'occiput.

Troisième espèce. *Position occipito-pubienne* (1).

Dans cette position le dos est en avant, et le plan antérieur regarde le sacrum. Pendant long-temps on l'a regardée comme la plus commune et la plus avantageuse : l'une et l'autre de ces assertions sont fausses ; l'expérience prouve au contraire qu'elle est très-rare, en sorte que plusieurs accoucheurs qui ne l'avoient pas rencontrée ont cru être autorisés à la révo-

---

(1) *Voyez* la Planche seconde.

quer en doute. Ceux qui ont prétendu que l'occiput répondoit constamment au pubis dès le commencement du travail, n'en ont jugé ainsi que parce qu'ils le voyoient se dégager dans cette direction au détroit périnéal. Le toucher, pratiqué convenablement, leur eût appris que, quoique l'occiput sorte sous le pubis, il s'engage cependant diagonalement au détroit supérieur.

Quand l'occiput franchit le détroit supérieur placé directement derrière la symphyse du pubis, le diamètre longitudinal de la tête passe à travers le plus petit diamètre de ce détroit. La difficulté qu'éprouve la tête à le franchir doit donc être plus grande, puisque les frottemens sont plus considérables. S'il n'existe point d'obliquité, l'accouchement peut encore se faire avec assez de facilité, parce que, dans un bassin bien conformé, le diamètre antéro-postérieur est de quatre pouces, et que le diamètre longitudinal de la tête ne présente que la même étendue. Si la tête s'engage convenablement, elle ne présente que sa hauteur ou son diamètre perpendiculaire, parce que le menton se relève vers la poitrine de l'enfant, ce qui facilite la sortie de la tête.

Il n'existe que deux temps dans cette position : la face reste quelque temps en-dessous après la sortie de la tête ; elle ne se tourne vers l'une ou l'autre cuisse que lorsque les épaules, qui se sont engagées diagonalement au détroit supérieur, se portent au détroit périnéal, l'une vers le pubis et l'autre vers le sacrum ; mais elles se tournent indistinctement vers l'un ou l'autre point du bassin, parce que la tête n'a point exécuté de mouvement de pivot. C'est dans cette position qu'il est permis d'ignorer quelle est l'épaule qui doit se tourner vers le pubis.

Si la doctrine des accoucheurs qui attribuent le renversement de la tête à l'obliquité de la matrice étoit bien fondée, l'obliquité antérieure étant très-fréquente, la tête seroit très-exposée à se renverser en arrière ; le front et la face viendroient souvent se présenter à l'orifice de la matrice et à l'entrée du bassin, quand on n'auroit pas l'attention, dans une obliquité

extrême, de faire coucher la femme sur le dos. S'ils admettent cependant que cet accident arrive rarement, c'est que, pendant les efforts nécessaires pour opérer ce renversement, la tête s'incline sur l'un ou l'autre côté du bassin.

Quatrième espèce. *Position fronto-cotyloïdienne gauche.*

D'après ce caractère, on voit que la suture médiane se porte de la cavité cotyloïde gauche où est situé le front, à la symphyse sacro-iliaque droite, au-devant de laquelle se trouve l'occiput. On voit encore que le dos de l'enfant est en arrière et à droite, et que sa surface antérieure se trouve à gauche et en avant.

Quoiqu'au début du travail, la fontanelle postérieure soit placée vers la symphyse sacro-iliaque droite, l'accouchement ne se termine pas toujours la face en-dessus. On voit quelquefois l'occiput se rapprocher de la cavité cotyloïde droite, à mesure que la tête plonge dans le bassin. Lorsque cette conversion spontanée de la quatrième position en la seconde a lieu, on doit la regarder comme un bienfait pour la femme. On a tiré de là cette induction : que lorsque l'accoucheur rencontre cette position, il doit, dès le début du travail, pour épargner à la femme les difficultés qu'elle pourroit éprouver lorsque la face qui s'est tournée vers la symphyse du pubis fera effort pour se dégager sous cette partie, solliciter, pendant les contractions, l'occiput à se porter en avant plutôt que du côté du sacrum. Si la poche des eaux n'est pas rompue, on ne peut pas toucher la tête dans le moment des douleurs. On ne peut opérer cette conversion sans danger qu'autant qu'on agit au moment de l'écoulement des eaux. Quand la nature opère spontanément cette conversion de l'occiput dans la quatrième et la cinquième position, elle imprime au tronc le même déplacement. On ne doit donc la tenter par l'art qu'autant que l'enfant est assez mobile pour que le tronc éprouve les mêmes changemens que l'occiput, sans quoi le cou éprouveroit une torsion d'un tiers de cercle. Il peut devenir important de se rappeler la possibilité de cette conversion, dans le cas où l'on

seroit obligé d'appliquer le forceps, puisque la manière d'y procéder seroit différente si elle avoit eu lieu. On doit donc, avant d'appliquer le forceps, chercher à s'assurer si la face est toujours en avant.

Si la conversion dont je parlois tout-à-l'heure n'a pas lieu, la sortie de la tête devient difficile dans cette position, parce que, dans le second temps, la face se tourne vers la symphyse du pubis. Cette partie se dégage plus difficilement de dessous l'arcade du pubis que l'occiput; car l'arcade a moins de largeur dans sa partie supérieure que n'en présentent le front et la face. La forme de l'occiput, au contraire, s'accommode très-bien avec celle de l'arcade du pubis, sous laquelle il roule pendant que la face se dégage en arrière.

Si dans cette position les contractions de la matrice sont dirigées de manière à porter sur l'occiput, il plonge dans l'excavation, en passant au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Lorsque la tête rencontre le sacrum, elle ne peut plus suivre sa première direction. Les contractions de la matrice lui font exécuter un mouvement de pivot qui porte l'occiput dans la courbure du sacrum, en suivant le plan incliné du côté droit; tandis que le front vient se placer sous le pubis, en glissant sur le plan incliné que présente le côté gauche du bassin. A la fin de ce second temps, la fontanelle antérieure est placée derrière le pubis, et la postérieure vers le sacrum.

Dans le dernier temps, le front ne peut pas s'engager sous l'arcade du pubis, comme le fait l'occiput dans les trois positions précédentes; il est obligé de remonter derrière la symphyse, à la surface interne de laquelle il reste appliqué, pendant que la fontanelle postérieure parcourt la longueur du sacrum, du coccyx et du périnée, pour se porter au bas de la vulve. Dans ce moment le bord du périnée est fortement distendu, et court plus de danger de se rompre que dans les positions précédentes. Le périnée ne pouvant pas rester sur le plan incliné que lui présente la région occipitale, se retire brusquement vers la base du cou de l'enfant.

Le bord supérieur (1) du périnée devient alors le point d'appui sur lequel roule la nuque pendant que l'occiput se renverse vers l'anus de la femme : à mesure que la tête se renverse sur le périnée, la face se dégage de dessous le pubis. On voit paroître successivement le front, les orbites, le nez, la bouche, le menton. Dès que le menton paroît en dehors, la face se tourne vers la cuisse gauche à laquelle elle répondoit primitivement. L'épaule gauche se porte ensuite vers le pubis, et la droite vers le sacrum. Celle qui est en arrière se dégage la première, l'autre restant immobile.

Je n'observerai pas, comme le font communément les accoucheurs, que la tête est plus exposée à se renverser en arrière dans cette position, quoique la matrice, qui est presque toujours inclinée à droite, soit oblique du côté où se trouve dans ce cas la fontanelle postérieure. Cette circonstance ne peut pas, comme je le ferai voir ailleurs, influer sur le renversement de la tête, qui a aussi souvent lieu lorsque l'utérus n'a pas éprouvé de déviation que lorsqu'il y a été exposé.

Cinquième espèce. *Position fronto-cotyloïdienne droite.*

Dans cette position, l'occiput et le plan postérieur de l'enfant se trouvent à gauche et en arrière ; la surface antérieure regarde à droite et en devant. J'ai été plusieurs fois témoin que les seuls efforts de la nature suffisent pour convertir cette position en la première, l'occiput se rapprochant insensiblement de la cavité cotyloïde gauche, à mesure que cette région plonge dans le bassin. Toutes les réflexions que j'ai faites, à l'occasion de la position précédente, sur le précepte que l'on a donné de tenter cette conversion par l'art, à l'imitation de la nature, sont également applicables à cette position.

Le rapport des dimensions de la tête de l'enfant avec celles du bassin est absolument le même dans cette position que dans

---

(1) Le bord du périnée est antérieur quand la femme est debout, et supérieur quand elle est couchée.

la précédente; la face se tourne également en-dessus. Aussi le mécanisme de cet accouchement naturel est-il en tout semblable à celui de la position précédente. Si tout est dans l'ordre naturel, l'occiput plonge dans le bassin en passant au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Dans le second temps il se porte vers le sacrum, en même temps que le front roule pour se rendre du côté du pubis. La présence du rectum sur le côté gauche du bassin rend la rotation plus difficile, en empêchant l'occiput de se porter librement dans la courbure du sacrum. Cette position est une de celles où il est le plus essentiel de vider le rectum par des lavemens.

Les accoucheurs enseignent que si la rotation s'exécute un peu plus difficilement, cet inconvénient est compensé en ce que la tête est moins exposée à se renverser en arrière que dans la position précédente, parce qu'on rencontre rarement l'obliquité latérale gauche. Le renversement de la tête étant entièrement étranger à l'obliquité de l'utérus qui, lors même qu'elle existe, n'est qu'une complication de plus, et non la cause de l'accident, cet avantage n'est pas réel.

Dès que la face s'est dégagée de dessous le pubis, elle se tourne vers l'aîne droite. L'épaule droite se dirige ensuite vers le pubis, et la gauche vers le sacrum. Cette dernière est la seule qui avance jusqu'à ce qu'elle paroisse à la vulve.

Sixième espèce. *Position fronto-pubienne.*

Dans cette position, la suture médiane est parallèle au plus petit diamètre du détroit supérieur. L'occiput et tout le plan postérieur de l'enfant regardent le sacrum.

Cette position est la moins favorable de toutes celles que peut prendre l'occiput. Non-seulement la tête présente sa longueur au diamètre sacro-pubien, qui est le plus petit du détroit abdominal, mais encore la face vient en-dessus, comme dans les deux positions précédentes. Heureusement elle est la plus rare de toutes. La forme arrondie de la tête ne lui permet que difficilement de rester appuyée, pendant le travail, contre la saillie

sacro-vertébrale ; en sorte que quand elle répondroit au sacrum au commencement des douleurs, elle rouleroit bientôt sur les côtés, qui s'accommodent mieux à sa figure. Toutes les fois que l'on voit la face se dégager de dessous le pubis vers la fin du travail, il ne faudroit pas présumer que la tête s'est ainsi engagée au détroit supérieur. Quoique dans les deux positions précédentes la tête franchisse ce détroit dans une situation diagonale, la face, qui, dans le premier temps, étoit placée vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde, se porte, par un mouvement de pivot, vers l'arcade du pubis sous laquelle elle se dégage.

On ne doit distinguer que deux temps dans cette position. Si les forces expulsives de la matrice agissent sur l'occiput, comme cela arrive dans l'ordre naturel, il parcourt l'excavation au-devant du sacrum. Pendant que le front est appliqué contre la face interne de la symphyse du pubis, la partie postérieure de la tête, qui doit se dégager la première, distend considérablement le périnée, en parcourant la ligne courbe qui s'étend de la courbure du sacrum au bas de la vulve. Dans ce moment le périnée se retire en arrière et se porte sous la nuque, qui roule dessus pendant que l'occiput se renverse vers l'anus de la femme. Dès que l'occiput commence à se renverser, les différentes parties de la face, qui jusqu'alors avoient été retenues dans l'intérieur du bassin, se dégagent successivement de dessous le pubis dans l'ordre que j'ai déjà indiqué.

Lorsque le menton paroît au-dehors, la face reste quelque temps en-dessus : elle se tourne ensuite vers l'une des aînes de la femme, mais dans l'instant seulement où l'une des épaules se porte vers le pubis et l'autre vers le sacrum. Cette position est encore une de celles où il est permis d'ignorer quelle est celle des épaules qui se tournera en avant, car elles s'y portent indistinctement ; et quand on opère leur conversion par l'art, il est indifférent d'y ramener l'une ou l'autre.

Les déviations que pourroit éprouver la nature dans sa marche, quoique très-funestes, le seroient cependant encore moins dans cette position que dans celle où l'occiput est placé derrière le pubis.

SECONDE CLASSE.

Accouchemens mixtes.

J'ai fait connoître les positions de la tête où l'accouchement peut se terminer par les seules forces de la mère. J'ai cru qu'il étoit naturel de rapprocher de ces premières d'autres positions de la tête telles que la région qui se présente n'est plus avec le bassin dans un rapport favorable qui lui permette de sortir spontanément, mais qui, par des moyens simples, sont susceptibles d'éprouver un déplacement qui rend l'accouchement possible par les seuls efforts naturels. Après les secours de l'art, ces accouchemens rentrent encore dans le domaine de la nature.

Les mauvaises positions de la tête du fœtus qui s'opposent à sa sortie, mais qui sont susceptibles d'être corrigées de manière à permettre de confier ensuite le tout à la nature, constituent cette deuxième classe, à laquelle j'ai cru pouvoir donner le nom d'*accouchemens mixtes*. Ils sont ainsi appelés parce qu'une double puissance doit coopérer à la terminaison de l'accouchement : l'art et la nature. L'art doit précéder pour remédier à la complication qui, tant qu'elle subsistera, rendra la terminaison spontanée impossible.

Il est aisé de concevoir pourquoi je place cette seconde classe immédiatement après le premier ordre de l'accouchement naturel; c'est que l'indication que présente chacun des genres qui lui appartiennent consiste à ramener la tête à sa situation naturelle, pour confier ensuite la délivrance aux efforts de la mère.

Une autre raison qui m'a encore engagé à traiter, immédiatement après l'accouchement par le sommet de la tête, des positions défectueuses de cette partie, c'est que lorsqu'une circonstance accidentelle ou l'impossibilité de la réduire nécessitent d'aller chercher les pieds, le procédé est le même, soit que l'occiput, le front, la face ou la nuque se présentent.

De l'Obliquité de l'Enfant dans la matrice, ou de l'Obliquité de la Tête seulement dans la matrice.

Cette classe comprendra trois genres ; mais avant de les exposer, il est indispensable d'établir avec clarté ce que l'on doit entendre par *obliquité de la tête*, et par *obliquité de l'enfant* dans l'utérus. Lorsque la tête est mal située dans la matrice, c'est-à-dire que son axe longitudinal ne répond pas à celui de ce viscère, quelques accoucheurs disent que la tête est située obliquement. Ces mêmes auteurs donnent le nom d'*obliquité de l'enfant* à cet état dans lequel la totalité de son axe longitudinal cesse d'être en rapport avec l'utérus, tandis que, dans l'obliquité de la tête, l'axe longitudinal de cette partie est le seul qui cesse de coïncider avec celui de la matrice ; en sorte que ces deux états ne diffèrent que par le degré de déclinaison de l'axe longitudinal de l'enfant d'avec celui de l'utérus. Ce point de doctrine, en général très-obscur chez la plupart des auteurs, doit être étudié avec d'autant plus de soins que cette déclinaison de l'axe longitudinal de la tête seulement, ou de celui de la totalité du fœtus avec celui de l'utérus, est la cause des positions défectueuses de la totalité de l'enfant ou de la tête seulement dans la matrice. Tous les accouchemens qui appartiennent à la seconde classe reconnoissent pour cause ce défaut de rapport de l'axe longitudinal de la tête avec celui de la matrice.

Jusqu'à ce jour, les accoucheurs ont regardé l'obliquite de la matrice comme la cause des positions défectueuses, soit de la totalité de l'enfant, soit de la tête seulement. Ces deux obliquités diffèrent essentiellement. Le plus souvent il n'existe point d'obliquité de la matrice lorsqu'on rencontre ces positions défectueuses, et lorsqu'elle existe, elle n'est qu'une complication de plus qui ne contribue en rien à leur production. Tant que la matrice seule est oblique, l'axe longitudinal de l'enfant ne cesse pas de correspondre à celui de ce viscère, quoique l'un et l'autre s'écartent de l'axe du bassin. En effet, dans l'ordre naturel, l'axe longitudinal de l'enfant répond à celui de l'uté-

rus, qui doit être lui-même en rapport avec l'axe du bassin. Quoique ces trois axes coïncident ensemble toutes les fois que l'utérus suit la direction de l'axe du bassin, ils diffèrent cependant essentiellement entre eux. Ces axes peuvent cesser de se correspondre.

La matrice est oblique lorsque son axe longitudinal s'écarte de celui du bassin. Si l'enfant est bien situé dans ce viscère, l'axe du fœtus cesse de répondre à celui du bassin toutes les fois que l'utérus lui-même s'en éloigne; mais pour rétablir ce rapport, il suffit de remédier à l'obliquité de l'utérus.

Si la tête est située obliquement, c'est-à-dire que son axe longitudinal ne réponde pas à celui de l'utérus, qui est dans une bonne position, c'est-à-dire dont l'axe coïncide avec celui du bassin, on n'a alors qu'un seul obstacle à vaincre pour satisfaire à l'indication qui se présente, et qui consiste à redresser la tête en dirigeant son axe longitudinal de manière qu'il coïncide avec ceux de l'utérus et du bassin, qui ont la même direction. Mais si la tête a pris une position oblique dans une matrice située obliquement, on a un double obstacle à surmonter : il faut remédier à l'obliquité de la matrice, et corriger ensuite la position défectueuse de la tête, de manière que son axe longitudinal coïncide avec ceux de l'utérus et du bassin, entre lesquels on a établi le rapport convenable.

PREMIER GENRE. *Du Renversement de la tête, ou de la Présence du front et de la face.*

Le renversement peut exister avant le travail, ce qui est le plus ordinaire, ou ne survenir que pendant sa durée. Lorsqu'il précède l'écoulement des eaux et le travail, l'obliquité de la matrice ne sauroit être regardée comme la cause déterminante de cet accident, puisque, tant que ce viscère est seulement oblique, le fœtus étant entraîné avec lui, la tête ne change pas de rapport avec l'orifice. Une très-grande quantité d'eau dans la cavité de l'amnios, en augmentant la mobilité du fœtus, prédispose à cette position défectueuse de la tête, qui fait que le

front ou la face viennent se présenter à l'orifice de l'utérus, que ce viscère soit oblique ou non.

La déviation de l'utérus peut-elle donner lieu au renversement de la tête pendant le travail ? Tous les accoucheurs enseignent que, dans ce cas, les forces expulsives ne portant plus sur l'occiput à raison de la direction vicieuse que détermine cette déviation, elles peuvent produire le renversement de la tête. Dans l'ordre naturel, la direction des forces expulsives de la matrice est dirigée de manière qu'elle tend à faire avancer la première la région occipitale de la tête. Mais, disent-ils, si la matrice est oblique, et que l'obliquité ait lieu du côté où se trouve l'occiput, la direction des forces expulsives ne porte plus sur l'occiput : elles agissent alors de manière que leur action se passe très-proche du centre du mouvement. La tête, pressée aux environs de la nuque, doit nécessairement se renverser sur le dos ; ce qui fait qu'elle présente, à l'entrée du bassin, ses plus grands diamètres de front à ceux du détroit inférieur ; ce qui rend sa sortie très-difficile, et quelquefois même impossible par les seuls efforts de la nature.

Il pourra paroître d'abord extraordinaire que j'élève des doutes sur une doctrine si généralement admise. Je regarde cependant comme très-certain que s'il n'existoit pas un commencement de renversement, l'obliquité de la matrice ne pourroit pas le produire pendant le travail. En effet, après l'écoulement des eaux, qui est le seul moment où une direction vicieuse des forces expulsives puisse opérer le renversement de la tête, elle se trouve serrée par la matrice, qui revient sur elle-même. La manière dont elle est embrassée paroît s'opposer à tout déplacement de cette partie, ou du moins elle doit le rendre bien plus difficile. Les forces partant du fond se dirigent toujours vers le même point de l'orifice. Or, quelque grande que soit l'obliquité qui éloigne l'orifice du centre du bassin, si elle existe seule, c'est toujours la même région de la tête qui répond à cet orifice : seulement les forces agissent d'une manière plus défavorable et produisent moins d'effet.

Mais une fois qu'il existe un commencement de renversement de la tête, les forces utérines ne portant plus sur l'occiput, qui cesse de répondre à l'orifice, qui est le point où viennent aboutir les contractions qui partent du fond, tendent à faire avancer le front, qui est un des plus grands diamètres de la tête. Si les efforts de l'accouchement se répètent, la tête se renversant de plus en plus, la face se présente. Si le renversement n'a été porté au dernier degré que pendant le travail, le haut du front s'est d'abord présenté avant la face; mais à mesure que la tête se renverse sur le dos, la face vient s'offrir progressivement à l'orifice de la matrice, et en même temps à l'entrée du bassin, s'il n'y a point d'obliquité de l'utérus. La présence du front et celle de la face tiennent au même mécanisme, et doivent être considérées comme une seule position. L'une en est le premier degré, et l'autre le dernier : elles ne diffèrent que du plus au moins.

Que la matrice soit oblique ou non, une fois qu'il existe un commencement de renversement de la tête, les forces expulsives tendent également à l'augmenter de plus en plus, car, se terminant toujours vers l'orifice, elles pressent la partie qui y correspond. Or, lorsque la tête commence à se renverser, elle ne présente plus l'extrémité de son axe longitudinal. Un examen attentif semble indiquer que, lorsqu'il existeroit dans ce cas une obliquité très-grande de la matrice, le renversement ne deviendroit pas pour cela plus grand, et ne s'opéreroit pas avec plus de promptitude. Si cette circonstance est défavorable, c'est qu'elle constitue un nouvel obstacle très-distinct du premier, et qui présente des indications différentes.

On est étonné que quelques auteurs aient pensé que les accouchemens où l'enfant présente le front sont plus fâcheux que ceux où il présente la face. Il est évident que les difficultés qui s'opposent à l'accouchement lorsque la face se présente sont plus grands, puisque le diamètre qui doit traverser le détroit supérieur est plus long que lorsque le haut du front commence seulement à se présenter.

On voit si clairement que les obstacles que la nature trouve à opérer les accouchemens où l'enfant présente le front ou la face dépendent du défaut de rapport des dimensions de la partie de la tête qui se présente avec celles du bassin, qui ne lui permettent alors ni d'exécuter le mouvement de pivot, ni de se dégager de dessous le pubis, à moins que le bassin ne soit très-spacieux et la tête très-petite, que l'on doit être surpris que Levret ait attribué ces obstacles à la situation des épaules qui, arrêtées au détroit supérieur à cause de l'obliquité du tronc, empêchent la tête de descendre lorsque la nature s'efforce de l'expulser. Quand les épaules seroient retenues au détroit supérieur, elles ne pourroient pas s'opposer à la sortie de la tête, mais seulement à la descente du tronc; car la longueur du cou de l'enfant suffit pour que la tête puisse paroître au dehors, lors même que les épaules seroient comme enclavées au détroit supérieur. L'obstacle principal provient donc de ce que la tête, renversée sur le dos, présente ses plus grands diamètres de front à ceux du détroit inférieur.

Levret ayant erré sur la cause des difficultés que la tête éprouve à sortir, a dû également proposer des moyens insuffisans pour les surmonter. Convaincu que c'étoient les épaules qui s'opposoient à l'accouchement, il s'est contenté de recommander de les déplacer et de les diriger obliquement. Si cette manœuvre a quelquefois facilité la sortie de la tête, c'est que pendant les tentatives que l'on faisoit pour déplacer les épaules, l'on changeoit la mauvaise position de la tête en la ramenant à sa situation naturelle.

L'on ne peut pas suivre le précepte que donne Levret pour prévenir cette mauvaise position de la tête, qui est d'ouvrir la poche des eaux et d'aller chercher les pieds toutes les fois que la face se présente. L'enfant court trop de danger de perdre la vie quand on l'amène par les pieds, pour admettre ce précepte, voyant surtout qu'il est facile de corriger cette position vicieuse de la tête lorsqu'elle est encore libre à l'entrée du bassin.

Lorsque le front ne fait que commencer à se présenter, il

est aisé de faire suivre à la tête sa marche ordinaire. Si l'axe de la matrice répond à celui du bassin, ce qui est le plus ordinaire, il suffit de soutenir le haut du front pour l'empêcher de descendre pendant chaque douleur. Le menton ne pouvant plus s'éloigner de la poitrine à mesure que la tête descend, les contractions de la matrice forcent insensiblement la région occipitale à descendre, parce que la partie des forces expulsives qui porte dans ses environs est la seule qui puisse avoir son effet.

Si le front se présente déjà en plein lorsqu'on est appelé, cette manœuvre ne suffit plus pour satisfaire à l'indication que l'on a à remplir, qui consiste à fléchir la tête sur la poitrine en abaissant l'occiput. On peut réussir en repoussant le front; mais on doit éviter d'appuyer le bout des doigts sur la fontanelle antérieure, crainte de comprimer le cerveau par la dépression qu'éprouveroient les pièces osseuses. C'est pendant le temps de la douleur que l'on doit repousser le front : par ce moyen l'on a une double puissance qui tend à redresser la tête. En effet, une partie des efforts tend à faire avancer l'occiput, tandis qu'en relevant le front dans le même instant, l'opérateur tend à abaisser cette même région en faisant faire la bascule à la tête.

Si la tête est fortement pressée entre les os du bassin, ce moyen ne suffit pas pour convertir cette position du front en une meilleure. Le procédé que je vais indiquer pour la face devient nécessaire.

Lorsque l'on diffère long-temps à secourir la femme chez laquelle il existe un commencement de renversement de la tête, les efforts qui se répètent peuvent engager la face jusqu'au fond du bassin. Il est aisé de reconnoître la face au moment de la rupture de la poche des eaux; le menton, la bouche, le nez, le rebord des orbites, indiquent sa présence. Si les accouchemens où le front vient s'offrir à l'entrée du bassin peuvent quelquefois se faire par les seuls efforts de la mère, ceux où la face se présente sont presque toujours contre nature; ils ne peuvent se faire seuls qu'autant que la tête est très-petite

et le bassin très-large. Ces enfans naissent avec la face tuméfiée et livide. S'ils n'ont pas encore perdu la vie, ils sont sur le point de la perdre.

Le front et la face peuvent se présenter aux différens points du bassin : ils répondent cependant plus souvent à ses côtés qu'au pubis ou au sacrum. On doit admettre le même nombre d'espèces pour le renversement de la tête que pour l'accouchement naturel par cette partie. Ceux qui regardent l'obliquité de la matrice comme la cause occasionnelle de cet accident, pensent que la tête est moins exposée à se renverser lorsque l'occiput répond au côté gauche que lorsqu'il est placé à droite ; mais la déviation de la matrice n'étant pas la cause de ce renversement lorsqu'il précède le travail de l'enfantement, et ne pouvant pas le produire, même pendant le travail, à moins qu'il n'existe un commencement de renversement, on doit l'observer aussi souvent vers le côté gauche que vers le côté droit.

L'indication que présentent les accouchemens où la face vient s'offrir, consiste à redresser la tête, c'est-à-dire, à abaisser l'occiput et à relever le menton. Toutes les fois que l'on peut remplir cette indication, on doit prendre ce parti, parce qu'il est plus avantageux pour l'enfant que d'aller chercher les pieds. On ne peut pas réussir à ramener la tête à sa situation ordinaire en repoussant la face, comme je l'ai dit pour le front : il faut nécessairement accrocher l'occiput avec quelques doigts pour l'entraîner. Si la tête est encore libre à l'entrée du bassin, la main suffit pour lui faire exécuter le mouvement de bascule nécessaire pour l'abaissement de l'occiput. Pour cela, on porte au-dessus de la protubérance occipitale l'index et le doigt médius, dont on se sert comme d'une espèce de crochet pour entraîner cette région au centre du bassin.

On ne doit opérer, pour redresser la tête, que dans l'intervalle des douleurs, puisque, pendant les accès, l'enfant est plus pressé dans la matrice. L'accoucheur doit suspendre ses tentatives dès qu'il sent les approches des douleurs par un léger resserrement de l'orifice de la matrice sur sa main.

Si l'occiput est vers le côté gauche du bassin, on doit se servir, pour redresser la tête, de la main droite, et on se servira de la main gauche s'il répond au côté droit du bassin. Quand l'occiput est situé vers le sacrum ou vers la symphyse du pubis, on peut se servir indistinctement de l'une ou de l'autre main : le procédé est le même, dans quelque position que se trouve la tête.

On a conseillé, lorsque l'occiput s'est renversé vers le sacrum ou vers les échancrures ischiatiques, de le tourner vers l'une des cavités cotyloïdes, lorsqu'on l'a saisi avec les doigts pour l'entraîner, pour qu'il puisse ensuite se dégager sous l'arcade du pubis. Ce déplacement pourroit être impossible si les eaux étoient écoulées depuis long-temps, et il seroit dangereux de le tenter, quand on pourroit y réussir, parce que le tronc n'étant plus mobile, le cou de l'enfant éprouveroit une torsion de plus d'un tiers de cercle, qui ne peut avoir lieu sans lui donner le mort ; il seroit même si difficile au moment de l'écoulement des eaux, que je ne conseille pas de le tenter dans cette circonstance, quoique plus favorable.

Du Levier.

Si les doigts suffisent toujours pour redresser la tête qui présente le front, le levier devient quelquefois nécessaire pour opérer cette bascule, lorsque la face occupe depuis long-temps le fond du bassin où elle est fortement serrée. C'est ici le lieu de parler du levier, parce que cette circonstance est la seule où il puisse être de quelque utilité dans l'art des accouchemens. L'occiput est le seul lieu où l'on puisse appliquer cet instrument : c'est le seul endroit où il puisse trouver un point d'appui suffisant.

On a beaucoup vanté en Hollande les usages du levier et on a exagéré ses avantages. Le levier de Rhoonhuisen fut pendant quelque temps un secret qui ne se communiquoit que par hérédité ou à prix d'argent, avec promesse de ne pas le divulguer, jusqu'à ce que MM. Devisscher et Van-de-Poll, qui

avoient aussi acheté ce secret, le rendirent public, ne croyant pas être tenus à la promesse qu'ils avoient faite de garder le silence.

Depuis Ruisch et Roonhuisen, qui sont les inventeurs du levier, on avoit regardé l'occiput comme le lieu où on devoit l'appliquer : c'est ce que prouve l'espèce de formule que l'on délivroit à ceux qui achetoient le secret du levier de Roonhuisen : *Potentia agit in os occipitis*, leur disoit-on, en leur mettant cet instrument entre les mains. Depuis, Camper s'est imaginé que l'on devoit le placer sur l'un des angles de la mâchoire inférieure. Titsingh et Herbiniaux ont voulu qu'il fût appliqué sur les côtés de la tête ou aux environs de l'apophyse mastoïde. En l'appliquant, comme ces derniers, sur l'une de ces régions, on tend à faire présenter un des côtés de la tête qui offre un diamettre trop grand pour pouvoir sortir par les seuls efforts de la nature. En l'appliquant, avec Camper, sur l'un des angles de la mâchoire inférieure, on augmenteroit encore le renversement de la tête. Le levier appliqué dans ce sens pourroit tout au plus être utile dans le cas où l'on se propose d'opérer la déflexion qui n'a pas lieu dans le temps convenable. Mais je crois que les doigts, dans le cas où le levier pourroit suffire, produiroient cet effet avec moins d'inconvéniens et d'une manière aussi sûre.

Je n'entrerai pas dans le détail de toutes les discussions polémiques auxquelles le levier a donné lieu : elles m'éloigneroient trop de mon but. Aujourd'hui que les idées sont fixées sur le levier, on doit réduire à un petit nombre de propositions tout ce qu'il est important de connoître relativement à cet instrument.

1°. Le levier ne peut jamais s'appliquer que sur l'occiput, comme le prouvent la forme de la tête, celle de l'instrument et sa manière d'agir. L'application du levier faite dans ce lieu s'accorde très-bien avec la structure du crâne et le mécanisme de l'accouchement.

2°. Il ne peut jamais servir à extraire la tête, mais seulement à en corriger certaines positions défectueuses. Ce n'est que

secondairement qu'il favorise sa sortie, en abaissant l'occiput qui s'est plus ou moins renversé sur le dos de l'enfant.

On doit déduire naturellement de cette proposition le corollaire suivant : le levier ne peut pas remplacer le forceps, qui sert à extraire la tête, ainsi que l'ont prétendu A. I. Rechberger (dissert. *de vecte emendato, ejusque usu et utilitate in arte obstetriciâ*, 1779) ; plus récemment Herbiniaux, dans son Traité sur divers accouchemens laborieux, et sur les polypes de la matrice, qui le regardent comme un instrument bien plus avantageux que le forceps.

3°. Quoiqu'on puisse appliquer le levier dans plusieurs cas, son usage se réduit toujours à abaisser l'extrémité occipitale de la tête, en sorte que l'on peut dire qu'ils ne sont que des nuances d'un seul. Seulement, la manière de l'employer pour opérer cette bascule présente quelques légères différences, suivant la position de la tête.

Application du levier lorsque la tête s'est renversée sur le dos, l'occiput répondant au côté gauche du bassin.

La manière de conduire l'instrument sur le sommet de la tête pour que sa courbure embrasse exactement la convexité occipitale, est absolument la même, soit que la tête qui est renversée se soit engagée dans une situation diagonale ou transversale, ou bien derrière l'échancrure ischiatique gauche. Si on manquoit du levier, on peut le remplacer par une des branches du forceps. La branche mâle est la seule qui convienne pour le côté gauche du bassin. Cependant quand on a le levier sous sa main, on doit le préférer, parce qu'il paroît exiger moins d'attention dans son application et s'adapter plus exactement à l'occiput.

On tient le levier avec la main gauche, qui l'incline vers l'aîne droite, pendant que l'on dirige son autre extrémité le long du sommet de la tête, avec quelques doigts de la main droite. Lorsque l'occiput répond à l'échancrure ischiatique gauche, on tient d'abord l'extrémité du levier ou de la branche du for-

ceps fort élevée pour l'insinuer derrière l'occiput. Dans tous les cas, on l'abaisse insensiblement à mesure qu'elle pénètre. Lorsque le levier est bien placé, c'est-à-dire, que sa courbure embrasse exactement la convexité de l'occiput, ce que l'on reconnoît parce qu'il vacille peu, on pose la main gauche contre les parties de la femme, et la droite à l'extrémité de l'instrument, que l'on tire parallèlement à la cuisse gauche pour faire exécuter à la tête un mouvement de bascule qui fasse descendre la région occipitale. Le pouce de la main gauche sert à appliquer l'instrument et à le maintenir, tandis que du bout des doigts de cette même main on repousse le front.

Si l'occiput répond à l'échancrure ischiatique gauche, la main qui est à l'extrémité de l'instrument le tire d'abord dans une direction horizontale. Lorsque l'occiput commence à baisser, on relève la main pour amener la nuque vers le bas de la vulve.

La tête une fois redressée, on abandonne l'accouchement aux soins de la nature : car je suppose ici qu'il n'existe aucune circonstance qui nécessite de terminer l'accouchement sur-le-champ ; sans quoi il seroit indiqué d'aller chercher les pieds, et non de s'occuper de redresser la tête.

Manière d'appliquer le levier pour redresser la tête lorsque l'occiput répond au côté droit du bassin.

On conduit le levier, ou à son défaut la branche femelle du forceps, sur le côté droit du bassin et le long du sommet de la tête, jusqu'à ce que sa courbure embrasse exactement la convexité de l'occiput. Pour le conduire sur cette région, on le dirige au moyen de quelques doigts de la main gauche. A mesure qu'il pénètre, on abaisse avec la droite son autre extrémité, que l'on avoit d'abord inclinée vers l'aîne gauche. Si l'occiput est en arrière, on tient dans le premier moment l'extrémité de l'instrument bien plus élevée. Lorsque le levier est bien placé, on pose la main droite près du périnée pour fixer avec le pouce l'instrument contre l'occiput, tandis que du bout des doigts de

la même main on repousse le front. Pour entraîner la tête, on tire ensuite parallèlement à la cuisse droite, qui doit être allongée. S'il ne survient point d'accident après le redressement, ce que l'on suppose ici, on abandonne l'expulsion de l'enfant aux efforts de la nature.

Lorsque l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, on doit, pour redresser la tête, tirer d'abord l'instrument dans une direction horizontale, et relever ensuite la main dès que l'occiput commence à baisser, pour amener la nuque vers le bas de la vulve.

Manière d'appliquer le levier lorsque la tête est renversée derrière le pubis.

Outre que l'occiput se présente rarement derrière le pubis, il est difficile qu'il reste en contact avec cette partie pendant les efforts qui sont nécessaires pour opérer le renversement. Si dans quelques cas rares la tête vient à se renverser sur le dos dans cette position, et que les doigts suffisent pour abaisser la région occipitale, on doit d'abord la déplacer, puis la diriger diagonalement avant de conduire la main sur l'occiput pour l'entraîner. Mais si les eaux sont écoulées depuis long-temps, et que la tête renversée soit descendue jusqu'au fond du bassin, on ne peut plus réussir à la redresser avec la main. Doit-on alors recourir au levier pour faire exécuter à la tête ce mouvement de bascule ? L'introduction du levier me paroît si difficile dans ce cas, et le succès si incertain, que je préfère, avec M. Baudelocque, retourner l'enfant et l'amener par les pieds. La présence de la face, dans cette position, est si désavantageuse, qu'elle me paroît exiger par elle-même que l'on retourne l'enfant, si l'action de la main ne suffit pas pour redresser la tête.

Je crois cependant devoir indiquer comment on pourroit s'y prendre pour faire glisser le levier sur l'occiput, si l'on croyoit devoir tenter cette méthode. Dans ce renversement de la tête que Plesmann, dans sa Médecine puerpérale, M. Mai-

grier, dans sa nouvelle Méthode de manœuvrer les accouchemens, regardent comme le plus favorable à l'application de cet instrument, on commence par placer le levier ou une des branches du forceps sur les parties latérales de la tête, et l'on s'efforce ensuite de le faire glisser sur l'occiput. Pour que l'instrument pénètre plus facilement au-dessus de l'occiput que l'on veut accrocher, on relève insensiblement l'extrémité qui est au-dehors, en la portant alternativement vers l'une et l'autre cuisse de la femme. Lorsque le levier est plongé suffisamment et qu'il est à-peu-près parallèle à l'horizon, on place une main vers le pubis et l'autre à l'extrémité de l'instrument, que l'on tire à soi en le baissant légèrement. La main qui est appliquée vers le pubis est disposée de manière qu'elle déprime la tête en arrière, tandis que de l'extrémité des doigts de cette même main on repousse un peu le front en arrière. Par ce mouvement combiné on fait exécuter à la tête une espèce de culbute par laquelle l'occiput descend, pendant que le menton se relève vers la poitrine. Pour éviter de meurtrir les parties de la mère, et pour faire en sorte que le point d'appui de l'instrument se trouve sur l'occiput et non sous l'arcade du pubis, Plessmann conseille, dans sa Médecine puerpérale, d'attacher dans le milieu de la branche un cordon long et fort qui, par son autre extrémité, embrasseroit dans son milieu un morceau de bois assez long pour le fixer sous les pieds par l'autre bout.

Manière d'appliquer le levier lorsque la tête s'est renversée sur le dos, pendant que l'occiput répondoit au sacrum.

Cette position défectueuse de la tête est encore plus rare que la précédente; mais lorsqu'elle se rencontre, il est plus facile de la corriger. Lorsque les doigts ne suffisent pas pour l'abaisser, on peut trouver une ressource dans le levier, que l'on plonge entre l'occiput et le sacrum. Pour l'introduire, on le tient d'abord fort élevé sur l'abdomen, comme on le pratique pour l'introduction d'un algali. On a l'attention de diriger avec

quelques doigts de l'une des mains la partie qui doit embrasser la convexité occipitale. On l'abaisse insensiblement en le portant alternativement de côté et d'autre, jusqu'à ce qu'il soit parvenu à une hauteur suffisante. La main placée vers le périnée fixe l'instrument contre l'occiput, tandis que de l'extrémité de quelques doigts de cette même main on repousse le front. La main appliquée au bout de l'instrument tire d'abord horizontalement, puis en relevant tant soit peu pour amener la nuque vers la vulve.

SECOND GENRE. *Présence de la Nuque.*

On ne peut pas ranger parmi les positions vicieuses de la tête la présence de la région occipitale à l'orifice de la matrice : comment la distinguer de l'occiput, dont la présence constitue les positions naturelles? A la vérité, l'occiput n'est pas un point indivisible; il peut se présenter plus ou moins en plein. Mais tant que la nuque ne se présente pas, ces accouchemens ne diffèrent pas de ceux où le vertex se présente à l'orifice de la matrice.

Une très-grande quantité d'eau dans la cavité de l'amnios peut être regardée comme une cause qui, en augmentant la mobilité de l'enfant, le prédispose à perdre le rapport qui doit exister, dans l'ordre naturel, entre son axe longitudinal et celui de la matrice.

Les auteurs qui regardent l'obliquité de la matrice comme la cause de cette position défectueuse de la tête dans cet organe, ont prescrit de faire coucher la femme sur le côté opposé à la déviation, c'est-à-dire, sur le côté où répond l'occiput. Mais assez souvent la matrice n'est pas oblique dans ce cas; son axe longitudinal est toujours en rapport avec celui du bassin : celui de la tête seulement, qui est mal située dans l'utérus, ne coïncide pas avec ces deux axes. Mais lorsqu'il n'y a point d'obliquité, on conçoit que l'on ne peut rien espérer de la situation de la femme sur le côté opposé à la déviation pour redresser la tête. Dans les cas où la matrice seroit oblique, en même

temps que la tête, qui est mal située dans ce viscère, présenteroit la région de la nuque, en remédiant à la déviation de la matrice, on ne redresseroit pas la tête. C'est une complication de plus, et non la cause déterminante de cette mauvaise position. On a alors deux obstacles à vaincre, deux indications à remplir : remédier à l'obliquité de la matrice, corriger ensuite la position défectueuse de la tête dans la matrice.

La nuque peut se présenter de quatre manières à l'orifice de la matrice et à l'entrée du bassin. Dans la première, l'occiput porte sur la fosse iliaque gauche, tandis que le derrière du cou est appuyé sur celle du côté droit. Dans la seconde position, ces deux parties sont situées d'une manière inverse. Dans la troisième, le sommet de la tête est au-dessus du pubis, le derrière du cou vers le sacrum. Dans la quatrième, ces deux parties sont placées en sens inverse.

Procédé opératoire.

Première espèce. Si le sommet de la tête porte sur la fosse iliaque gauche, on doit introduire la main droite, qui, après avoir soulevé l'occiput, le saisit pour le rapprocher de l'entrée du bassin.

Deuxième espèce. Dans la seconde position, où le sommet de la tête répond au côté droit, on va, avec la main gauche, accrocher la tête sur la fosse iliaque droite pour la ramener à sa situation naturelle.

On lit, dans les traités d'accouchement, que cette déviation de l'axe longitudinal de la tête de l'enfant, qui fait que la nuque se présente à l'orifice de la matrice, doit arriver bien plus souvent dans la première position que dans la seconde. Si, comme je l'enseigne, l'obliquité de la matrice n'est pas la cause déterminante de ces positions vicieuses de la tête dans la matrice, cette déviation de l'axe longitudinal du tronc ou de la tête de l'enfant, relativement à celui de l'utérus et du bassin, peut arriver aussi souvent d'un côté que de l'autre.

Troisième espèce. Si le sommet de la tête est au-dessus des

os pubis, et le derrière du cou sur le sacrum, on peut introduire à son choix l'une ou l'autre main pour la redresser. On commence par soulever l'occiput que l'on écarte des os pubis pour pouvoir l'entraîner ; on confie ensuite le tout aux efforts naturels. M. Baudelocque observe qu'après avoir redressé la tête la face viendra en-dessus, et rendra la terminaison spontanée difficile ; ce qui lui fait préférer de retourner l'enfant pour l'amener par les pieds. Quoiqu'il soit vrai que la face se dégage avec plus de difficulté de dessous l'arcade que l'occiput, je crois cependant qu'il est plus avantageux pour l'enfant de redresser la tête toutes les fois qu'on peut en venir facilement à bout ; car si le bassin est bien conformé, l'enfant court moins de danger en venant la face en-dessus, que si on alloit chercher les pieds. On ne doit donc recourir à la version de l'enfant que dans les cas où l'on éprouveroit trop de difficulté pour opérer le redressement de la tête.

Quatrième espèce. Si le sommet de la tête est appuyé contre la saillie du sacrum ou sur ses côtés, et le derrière du cou sur la symphyse des os pubis, on introduit l'une ou l'autre main le long du sacrum pour entraîner l'occiput. On doit en même temps le tourner vers l'une des cavités cotyloïdes.

Dans tous les cas, la tête une fois ramenée à sa situation naturelle, on abandonne l'accouchement aux efforts de la mère ; car l'on suppose qu'il n'existe point d'accidens quand on considère la région de la nuque comme constituant un genre de la classe des accouchemens mixtes. Leur présence fait que la nuque doit être rangée parmi les accouchemens accidentellement contre nature.

TROISÈME GENRE. *Des côtés de la Tête.*

J'ai cru devoir encore placer à côté de l'accouchement naturel par la tête, et parmi les accouchemens mixtes qui forment la seconde classe, celui où les côtés de la tête se présentent, parce que c'est une circonstance accidentelle qui fait que ces parties viennent s'offrir à l'orifice de la matrice et à l'entrée du

bassin. Il suffit de remédier à cette complication pour que la nature puisse ensuite terminer l'accouchement toute seule. En effet, l'indication que présentent les accouchemens dans lesquels l'enfant offre un des côtés de la tête au détroit supérieur consiste à la redresser, c'est-à-dire à abaisser l'occiput pour abandonner ensuite son expulsion à la nature. Par des moyens souvent très-simples, on peut la rétablir dans tous ses droits.

Une très-grande quantité d'eau qui rend l'enfant bien plus mobile, est une cause prédisposante de cette position défectueuse de la tête dans la matrice, ainsi que des précédentes. On regarde encore la présence de l'un ou de l'autre côté de la tête à l'orifice de la matrice comme un effet de l'obliquité de ce viscère. En effet, dit-on, l'axe longitudinal de l'enfant, qui est toujours parallèle à celui de la matrice, ne peut plus l'être à celui du bassin dans une obliquité considérable de cet organe, quelle que soit sa direction. Dans cette obliquité extrême, un des côtés de la tête vient se présenter au détroit supérieur; mais, dans ce cas, l'axe longitudinal de l'enfant ne cesse pas de répondre à celui de la matrice; et s'il n'y a pas en même temps obliquité de la tête dans l'utérus, c'est-à-dire position défectueuse de la tête, qui ne présente plus l'extrémité de son axe à l'orifice de la matrice, il suffit de redresser la matrice qui est oblique, et l'on n'a pas à corriger une position défectueuse de la tête dans l'utérus.

On reconnoît les parties latérales de la tête par une tumeur ronde, solide, sur laquelle on ne peut toucher ni l'une ni l'autre fontanelle. La présence de l'oreille est le signe caractéristique des côtés de la tête. C'est par le bord postérieur de l'oreille, par l'angle de la mâchoire inférieure, que l'on reconnoît à quel point du bassin répond la face. Or, en traitant des accouchemens contre nature que l'on peut terminer avec la main, je ferai voir qu'il est plus avantageux de fixer ces positions par les rapports de la face avec le bassin, que de rechercher si c'est le côté droit ou gauche qui se présente. La situation de la face, à tel point du bassin indique dans ce cas, d'une manière plus nette, comment on doit se comporter pour

aller chercher les pieds. Le procédé qui convient pour réduire la tête, et mettre ainsi la nature à même de terminer ensuite l'accouchement, offre peu de différence, quoique, dans une position déterminée, les rapports de la face avec le bassin ne soient plus les mêmes.

Les côtés de la tête peuvent se présenter de quatre manières à l'entrée du bassin. Dans la première position, le sommet de la tête répond à la fosse iliaque gauche, dans la seconde, il répond au côté droit du bassin. La matrice étant presque toujours oblique à droite, les accoucheurs qui regardent cette déviation comme la cause occasionnelle de la présence de l'un des côtés de la tête, pensent qu'ils viennent s'offrir plus souvent à l'orifice lorsque le sommet de la tête répond au côté gauche du bassin, que lorsqu'il répond au côté droit. Ces positions défectueuses de la tête étant indépendantes de l'obliquité de la matrice qui, lorsqu'elle existe, n'est qu'une complication de plus et jamais la cause, elles peuvent se rencontrer aussi souvent sur l'un des côtés du bassin que sur l'autre. Dans la troisième position, le sommet de la tête est au-dessus des os pubis; dans la quatrième, il porte sur le sacrum, ou plutôt sur ses côtés.

Procédé opératoire.

Première position. Lorsque le sommet de la tête répond à la fosse iliaque gauche, ses côtés peuvent être situés de manière que la face regarde le pubis ou le sacrum. La face est en avant si le bord postérieur de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure sont situés en arrière. La face regarde le sacrum si ces deux parties sont dirigées en avant. Lorsque la face regarde le pubis, il est peut-être un peu plus facile d'entraîner l'occiput au centre du bassin. L'attention de faire coucher la femme, dans toutes ces positions, sur le côté où se trouve l'occiput, recommandée par les accoucheurs, est inutile s'il n'y a point d'obliquité, ce qui arrive le plus souvent, quoique les côtés se présentent; et dans les cas où elle auroit lieu, en

faisant prendre à la femme cette situation, on réussiroit seulement par là à redresser la matrice, mais on ne corrigeroit pas la mauvaise position de la tête dans l'utérus. Pour ramener la tête à sa situation naturelle, on introduit la main droite, qui saisit l'occiput pour l'entraîner après l'avoir d'abord éloigné de la fosse iliaque; de l'autre main on presse la région hypogastrique pour obliger l'occiput à descendre.

Deuxième position. Lorsque le sommet de la tête répond au côté droit pendant qu'un de ses côtés se présente, la face peut regarder en avant ou en arrière. La situation du bord postérieur de l'oreille, de l'angle de la mâchoire inférieure, détermine, comme pour la position précédente, si la face répond au pubis ou au sacrum. On introduit la main gauche sous l'occiput pour l'entraîner à l'entrée du détroit supérieur.

Troisième position. Lorsque le sommet de la tête est au-dessus des os pubis, la face peut regarder la fosse iliaque droite, ou celle du côté gauche. Pour ramener la tête à sa situation naturelle, la femme étant couchée sur le dos, on introduit une main pour écarter la base du crâne de la saillie du sacrum. Pendant ce temps, de l'autre main on presse la région hypogastrique pour faire descendre le sommet de la tête.

Quatrième position. Dans cette position, le sommet de la tête porte sur le sacrum ou sur ses côtés. La face est dirigée tantôt vers le côté gauche, tantôt vers le côté droit du bassin. On regarde cette position comme la plus ordinaire, parce que la matrice est presque toujours oblique en avant. L'obliquité antérieure de la matrice, qui a presque toujours lieu, peut bien faire que son orifice, en s'éloignant du centre du bassin, regarde la base du sacrum; mais elle ne peut pas faire que l'un des côtés vienne s'offrir à l'orifice, parce qu'elle ne change pas, quelque considérable qu'elle soit, les rapports de l'axe longitudinal de l'enfant avec celui de l'utérus. Il suffit ordinairement, pour rappeler la tête à sa situation naturelle, d'introduire une main au-dessus du sacrum pour entraîner le vertex au centre de l'entrée du bassin. La tête réduite, on confie, dans ces quatre positions, l'accouchement aux soins de la na-

ture, à moins que quelque accident survenu par la suite ne demande que l'on termine sur-le-champ.

J'établirois encore d'autres genres pour les plans latéraux, postérieurs et antérieurs, lorsque l'enfant est placé en travers, si je regardois comme prouvé, avec MM. Osiander et Flamant, que l'on doit préférer, dans ce cas, ramener la tête, plutôt que d'aller chercher les pieds. Je reviendrai dans un autre moment sur la pratique que conseillent ces accoucheurs.

ORDRE DEUXIÈME.

Accouchement naturel dans lequel l'enfant se présente à l'orifice de la matrice par les membres abdominaux.

Un calcul approximatif nous apprend que sur cent accouchemens, il est cinq ou six enfans qui viennent au monde en présentant les membres abdominaux, ou du moins toute autre partie que la tête, qui force à l'amener par les pieds.

Les accouchemens où l'enfant présente les membres abdominaux à l'orifice de la matrice, s'annoncent par les mêmes symptômes que ceux dans lesquels il présente la tête, et n'offrent aucune indication particulière jusqu'après l'écoulement des eaux.

Cet ordre se divise en trois genres, suivant la manière dont l'enfant qui avance par les membres abdominaux se trouve ployé. Tantôt les pieds, tantôt les genoux ou les fesses, forment la partie la plus basse de cette extrémité abdominale. Quoique l'enfant qui offre les membres abdominaux à l'orifice de la matrice puisse venir sans aucun secours, soit par les pieds, soit par les genoux ou les fesses, suivant la manière dont cette extrémité est repliée, l'accouchement où les pieds s'engagent les premiers doit cependant être regardé comme plus facile et plus avantageux que celui où les genoux, et surtout les fesses, se présentent à l'orifice.

Premier genre. *Accouchemens par les pieds.*

Si l'on considère d'une manière générale les accouchemens par les pieds, on a deux erreurs à éviter : celle d'Hippocrate, qui les regardoit comme contre nature, et qui conseilloit, lorsque les pieds se présentoient, de les repousser pour ramener la tête à l'orifice de la matrice. M. Flamant, à l'imitation d'Hippocrate, propose aussi la version par la tête dans le cas où les pieds se présentent appliqués sur les fesses : elle ne seroit possible que dans le moment de l'écoulement des eaux. Quelque réel que fût l'avantage qui en résulteroit pour l'enfant si on pouvoit l'opérer, les difficultés qu'elle présente détourneront toujours la plupart des praticiens de la tenter.

Moschion ne partagea pas l'erreur d'Hippocrate et de Galien ; il établit deux espèces d'accouchemens naturels, l'un par la tête et l'autre par les pieds. Loin de suivre le précepte d'Hippocrate, les accoucheurs modernes donnent, au contraire, le conseil d'aller chercher les pieds toutes les fois que l'enfant présente une autre partie que la tête, ou lorsqu'on ne peut pas abandonner l'accouchement à la nature, quoiqu'elle soit placée convenablement. Ambroise Paré a été regardé, par la plupart des auteurs, comme le premier qui a recommandé dans ce cas la version de l'enfant. L'honneur de l'invention de cette méthode appartiendroit plutôt à Franco, qui l'a décrite avant Ambroise Paré, dans son *Traité des Hernies*. Lyon 1561. Celse avoit déjà enseigné comment on doit porter la main dans l'utérus. *Idque tali, quà nostris temporibus fieri solet, ratione*. Les préceptes de Celse furent malheureusement négligés jusqu'au temps où vécurent Franco et Paré, qui renouvelèrent cette méthode. Moschion, Philuménus, ont aussi recommandé la version de l'enfant par les pieds.

La seconde erreur est celle de quelques accoucheurs, qui ont regardé l'accouchement par les pieds comme le plus naturel : l'enfant, disent-ils, lorsqu'il vient par les pieds, forme une sorte de coin qui dilate peu à peu et graduellement l'ori-

fice de la matrice. La gradation avec laquelle s'opère la dilatation du col fait que les femmes souffrent moins que dans l'accouchement où l'enfant présente la tête. Il offre encore cet avantage, que si l'enfant tarde trop à sortir, on peut agir sur le tronc, tandis qu'on manque de moyens simples pour agir sur la tête, pour en opérer la sortie, lorsqu'elle est trop lente. Ce sont ces raisons qui avoient porté Antoine Petit à regarder l'accouchement par les pieds comme plus naturel que celui qui se fait par la tête. Ces foibles avantages ne peuvent pas compenser les dangers que court de plus l'enfant toutes les fois qu'il vient par les pieds. Une saine physiologie doit faire regarder comme hypothétique l'explication que donne le docteur Sacombe, qui pense que si l'enfant court moins de danger en venant au monde par la tête que lorsqu'il avance par les membres abdominaux, c'est parce que le fluide nerveux peut refluer du cerveau et du cervelet à travers le trou occipital, le long de la moelle épinière; tandis que dans l'accouchement par les pieds, le fluide nerveux se trouve comprimé dans la masse cérébrale.

Le docteur Bounder, qui regardoit aussi l'accouchement par les pieds comme plus naturel, en a déduit un précepte qu'il seroit très-dangereux d'adopter. Dans une dissertation (1) il s'est efforcé de démontrer que, même dans tout accouchement naturel, quoique la tête fût placée convenablement à l'orifice de la matrice, on devoit retourner l'enfant pour faciliter l'accouchement. On doit réprouver cette conduite, parce que son extraction par les pieds offre plus de difficulté, et l'expose à de plus grands dangers que si la nature termine seule.

Avant l'évacuation des eaux on peut prendre les mains pour les pieds : il est facile de distinguer les pieds des mains lorsqu'une fois la poche est rompue : on les reconnoît par la saillie que forment le talon et les malléoles : les doigts des pieds sont

(1) *Dissertatio sistens novam methodum removendi à partu omnia, quæ prævideri possunt obstacula.* Argent. 1775.

plus courts que ceux des mains, et le pouce n'est pas séparé des autres doigts comme dans la main.

On peut réduire à quatre positions principales les accouchemens dans lesquels les pieds se présentent.

Dans la première position des pieds, lorsqu'ils commencent à se défléchir, les talons sont à gauche et en avant, les orteils vers la symphyse sacro-iliaque droite; la poitrine, la face sont situées au-dessus de cette symphyse. Mais il m'a paru, par le toucher, que le plus souvent, dans les positions des pieds, les orteils ne sont pas dirigés vers la partie du bassin opposée à celle où se trouvent les talons. Tant que cette extrémité n'est pas défléchie, leur pointe est dirigée en haut, pendant que le dos du pied regarde l'une des cavités cotyloïdes, ou bien le pubis ou le sacrum.

Dans la seconde position, le dos du pied, dont les orteils sont dirigés en haut, regarde la cavité cotyloïde droite, tant que cette partie conserve sa flexion naturelle. Ce sont les talons qui répondent au côté droit, pendant que les orteils sont dirigés vers la symphyse sacro-iliaque gauche, si on ne pratique le toucher qu'au moment où les pieds commencent à s'allonger.

Dans la troisième position, suivant le temps du travail où on touche la femme, ce sont tantôt le dos du pied, tantôt les talons qui regardent le pubis; le dos de l'enfant est en avant et la poitrine en arrière.

Dans la quatrième position, on reconnoît également que, suivant l'époque où on pratique le toucher, tantôt le dos du pied, tantôt les talons répondent au sacrum. Dans ce dernier cas, les orteils regardent la symphyse du pubis.

Première espèce. *Mécanisme de l'Accouchement naturel dans lequel le dos des pieds ou les talons répondent au côté gauche du bassin.*

Les pieds descendent, parce qu'ils sont poussés par les fesses sur lesquelles ils sont appliqués. Les pieds une fois au-dehors,

les fesses ne tardent pas à paroître à la vulve : elles s'engagent diagonalement, de manière que la hanche gauche correspond à la branche droite de l'arcade du pubis, et la hanche droite à l'échancrure ischiatique gauche. Dès qu'elles ont franchi le détroit supérieur dans cette direction diagonale, l'une se porte vers le pubis et l'autre dans la courbure du sacrum. A mesure qu'elles descendent, la hanche qui est en arrière avance la première : pendant qu'elles se dégagent, elles se relèvent vers le pubis, ainsi que le tronc, qui se recourbe légèrement.

Lorsque les épaules rencontrent le détroit supérieur, les bras de l'enfant se relèvent le long des parties latérales de la tête, en parcourant la poitrine et la face. L'enfant descend alors plus lentement à cause de la saillie formée par les bras et les épaules. La mobilité des épaules leur permet de s'accommoder à la figure du bassin, et de s'y engager, pourvu que les contractions de la matrice et des muscles abdominaux soient plus fortes.

Aussitôt que les épaules ont franchi, l'occiput vient se présenter au-dessus de la cavité cotyloïde gauche, et la face vers la symphyse sacro-iliaque droite. Le menton, qui est appliqué sur la poitrine, s'engage le premier, et est déjà fort bas lorsque l'occiput vient rencontrer le rebord du bassin ; il s'arcboute contre ce point du détroit et augmente encore la flexion du menton.

Lorsque la tête a franchi diagonalement le détroit supérieur et qu'elle est parvenue dans l'excavation, elle exécute un mouvement de pivot par lequel le front se tourne vers le sacrum, et l'occiput vers la symphyse du pubis ; la nuque se trouve alors au-dessus de l'arcade, la face le long du coccyx et du périnée, et le menton près de la vulve : il paroît au-dehors dès la première douleur. Pendant que la nuque de l'enfant roule sous l'arcade du pubis, l'on voit le menton, la bouche, le nez, le front se dégager en passant successivement sur le bord supérieur du périnée.

Les bras, qui s'étoient relevés le long des parties latérales de la tête lorsque les épaules avoient rencontré le rebord du bassin,

se dégagent d'eux-mêmes dès que les épaules sont sorties, et que la tête est parvenue dans l'excavation.

Lorsque la face est parvenue dans le fond du bassin, la tête est peu soumise aux contractions de la matrice. Les muscles abdominaux et le diaphragme sont les puissances qui paroissent concourir le plus efficacement à son expulsion. Comme l'action de ces muscles est en partie soumise à la volonté de la femme, on doit alors l'engager à pousser de toutes ses forces, en lui promettant une prompte délivrance si elle fait valoir ses douleurs.

On peut attendre avec d'autant plus de patience que les douleurs expulsives viennent chasser la tête dehors, que l'enfant court très-peu de danger de perdre la vie lorsque la tête est parvenue dans le fond de l'excavation. Lors même que le cordon éprouveroit une compression considérable, et qu'il seroit certain que toute compression exercée sur cette anse est très-dangereuse pour l'enfant, il peut survivre très-long-temps, parce qu'il peut respirer dans cette situation, si l'accoucheur a l'attention de diriger la bouche vers la vulve, et de l'entr'ouvrir pour faciliter l'introduction de l'air. J'ai été témoin un grand nombre de fois dans cette circonstance que le thorax se dilatoit, que l'enfant s'agitoit et exécutoit des mouvemens de respiration.

Si l'on considère la marche qu'a suivie l'enfant, l'on voit qu'il a présenté diagonalement au détroit supérieur la plus grande largeur des fesses, des épaules et de la tête, tandis que ces mêmes parties ont franchi le détroit périnéal dans la direction du pubis au sacrum, qui est celle du plus grand diamètre de ce détroit. La nature a dirigé ses mouvemens de manière que le plus grand diamètre de chaque partie répondît constamment au plus grand de chacun des détroits.

Deuxième espèce. *Accouchement par les pieds dans lequel le dos des pieds ou les talons répondent à la cavité cotyloïde droite.*

Les diamètres correspondans du fœtus et du bassin sont absolument dans le même rapport dans cette position que dans la précédente : aussi le mécanisme par lequel s'opère l'expulsion de l'enfant est-il absolument le même.

L'effort qui tend à faire avancer l'enfant se transmet des fesses aux pieds, qui sont appuyés sur elles. Dans cette position, comme dans les trois autres, l'enfant pourroit sortir, quoiqu'un seul pied se présentât à l'orifice de la matrice, pourvu qu'il fût disposé de manière à s'allonger le long de la poitrine de l'enfant : la femme éprouveroit seulement un peu plus de difficulté.

Dès que les pieds sont au-dehors, les fesses se présentent diagonalement au détroit supérieur pour le franchir dans cette direction. A mesure qu'elles avancent, l'une des hanches vient se placer vers le pubis et l'autre vers le sacrum. La hanche qui est située en arrière se dégage la première, pendant que l'autre est immobile. Les épaules viennent ensuite présenter leur plus grande largeur au diamètre oblique, qui est dirigé de la branche gauche de l'arcade du pubis vers la symphyse sacro-iliaque droite. Lorsque la tête rencontre le détroit abdominal, l'occiput se trouve au-dessus de la cavité cotyloïde droite, et la face vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Le menton parvient le premier dans l'excavation. Par un mouvement de pivot, la face se tourne vers le sacrum. Pendant que la nuque roule sous le bord de l'arcade du pubis, la face parcourt la longueur du sacrum, du coccyx et du périnée.

Troisième espèce. *Accouchement par les pieds dans lequel le dos des pieds ou les talons regardent le pubis.*

Cette position devroit être regardée comme la plus avantageuse, si l'on ne considéroit que les diamètres de la poitrine et ceux des épaules de l'enfant : ces parties doivent s'engager bien plus facilement. Mais elle n'est pas aussi favorable pour la sortie de la tête, si cette dernière conserve sa position primitive, comme les pieds et le tronc, parce qu'elle présente sa longueur au plus petit diamètre du détroit supérieur. Mais rarement la nature engage la tête dans cette direction au détroit abdominal, quoiqu'elle paroisse avoir conservé sa position primitive, à en juger par sa situation, lorsqu'elle se dégage au-dessous de l'arcade du pubis.

Presque toujours le front se détourne de l'un ou de l'autre côté du bassin ; en sorte que la tête se présente diagonalement au détroit supérieur, comme dans l'une ou l'autre des deux positions précédentes. La forme arrondie du sacrum permet difficilement à la tête, qui est également de forme ronde, de descendre directement entre le pubis et le sacrum. Assez souvent la nature convertit spontanément cette position en l'une des deux premières.

Quatrième espèce. *Accouchement par les pieds dans lequel le dos des pieds ou les talons sont en arrière.*

Rarement les difficultés de cet accouchement naturel proviennent de ce que la tête présente son grand diamètre au plus petit diamètre du détroit supérieur. Comme dans la position précédente, par les seuls efforts de la nature, l'occiput se détourne du sacrum, et le menton de la symphyse du pubis. L'occiput descend presque constamment derrière l'une des symphyses sacro-iliaques, et la face vis-à-vis la cavité cotyloïde du côté opposé. La forme de l'occiput étant plus arrondie, il est encore plus difficile qu'il descende directement entre le sacrum

et le pubis, que quand le front répond à cette même partie. Cette position est la plus défavorable, parce que, dans le dernier temps du travail, la face vient en-dessous de l'arcade, d'où elle se dégage avec bien plus de difficulté que lorsqu'elle répond à la courbure du sacrum.

Quoique les talons soient situés vers le sacrum au début du travail, souvent la nature convertit spontanément cette position, de manière que les fesses, les épaules viennent s'engager diagonalement comme dans l'une de celles où les talons répondent primitivement à l'une des cavités cotyloïdes.

Si la nature termine cet accouchement dans la position primitive des parties, le plan antérieur descend derrière la symphyse du pubis, jusqu'à ce que la tête rencontre le détroit supérieur. Elle s'engage alors diagonalement, mais de manière que le menton, qui descend le premier, soit placé derrière l'une des cavités cotyloïdes, et l'occiput vers la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. Dès que la tête est parvenue dans l'excavation, l'occiput se tourne, par un mouvement de pivot, vers le sacrum, et la face derrière le pubis.

La rotation exécutée, l'occiput se dirige en avant, la face restant toujours appliquée derrière le pubis. Dès que la nuque et la région occipitale paroissent, le bord supérieur du périnée devient le point qui supporte la partie postérieure du cou de l'enfant, au moment où l'occiput se renverse en arrière pour se dégager du bassin. Pendant que ce renversement s'opère, on voit le menton, la bouche, le nez, le front, se dégager successivement de dessous le pubis.

Doit-on aider la nature dans l'accouchement par les pieds ?

Quoique les accouchemens par les pieds n'exigent pas essentiellement les secours de l'art, il est cependant plus avantageux d'aider la nature. Il est donc important, après avoir tracé, d'après l'observation, la marche que suit la nature lorsqu'elle termine seule ces accouchemens, de faire connoître les indications que l'on a regardées comme propres à diminuer le dan-

ger qui menace l'enfant lorsqu'il vient naturellement par les pieds.

En aidant la nature, on fait que la compression que la poitrine, le cordon ombilical et la tête éprouvent contre les parties de la femme en les traversant, dure moins long-temps. Or, si les accoucheurs n'ont pas encore rigoureusement déterminé à laquelle de ces trois causes on doit plus spécialement attribuer le danger que court l'enfant en venant naturellement par les pieds, ils sont assez généralement d'accord que l'on doit certainement accuser la compression exercée sur l'une de ces parties, et que le danger qui le menace est en raison de sa longueur; d'où l'on a tiré cette conclusion naturelle, qu'une manœuvre méthodique qui pourroit abréger le travail de l'accouchement sans produire aucune lésion fâcheuse dans les parties sur lesquelles on exerceroit des tractions, seroit un moyen salutaire pour assurer les jours de l'enfant.

L'expérience a démontré aux accoucheurs que l'enfant est exposé à naître dans un état de mort apparente, auquel on a donné très-improprement le nom d'*asphyxie*, comme je le prouverai en traitant de cette indisposition des nouveau-nés, lorsqu'il vient au monde spontanément par les pieds, et surtout lorsqu'on a été obligé de terminer l'accouchement en allant chercher les pieds. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la cause et l'étiologie de cet accident, si fréquemment observé dans les accouchemens dans lesquels l'enfant vient au monde en offrant les pieds. On peut réduire à quatre les causes que l'on a accusées de produire cette syncope : la compression de la tête, celle de la poitrine ou du cordon ombilical, le tiraillement de la moelle épinière. Les modernes qui soutiennent que l'accouchement par les pieds n'est dangereux qu'à cause de l'extension et du tiraillement de la moelle épinière, font surtout valoir les belles et ingénieuses expériences du docteur le Gallois, qui paroissent avoir démontré que le principe de la vie qui anime le cœur réside dans cet organe. Tout me semble indiquer que l'on doit plutôt accuser la compression du cordon ombilical, qui intercepte le cours du sang vers le cœur, de produire cette mort

apparente à laquelle on doit donner le nom de *syncope*, que l'une des trois autres causes.

On ne peut pas soupçonner que cet accident soit produit par la compression de la tête, qui n'est pas plus forte lorsqu'elle sort la dernière que lorsqu'elle avance la première; les dimensions de la tête et celles du bassin étant supposées les mêmes, elle dure même moins long-temps, toutes choses égales d'ailleurs, dans l'accouchement par les pieds que dans celui par la tête. Cependant des observations nombreuses apprennent que des femmes qui s'étoient déjà délivrées plusieurs fois, l'enfant ayant présenté la tête sans qu'il en eût éprouvé aucun inconvénient, ont eu le désagrément de le voir naître sans donner de signes de vie, quoique la tête ne fût pas plus volumineuse, par cela seul que les pieds s'étoient présentés les premiers. Si la mort apparente devoit être attribuée à la compression de la tête, la face seroit violette, livide, tuméfiée; tandis que ces enfans naissent pâles, décolorés. Quand la compression de la tête a lieu et qu'elle est le seul accident, elle produit toujours l'apoplexie, état entièrement opposé à celui que l'on observe chez les enfans qui viennent par les pieds.

La compression de la poitrine qui a lieu dans les accouchemens par les pieds ne seroit pas aussi dangereuse qu'on le pense communément, si elle n'étoit pas toujours accompagnée de celle du cordon ombilical, ou si elle ne portoit pas directement sur le cœur, dont elle gêne les mouvemens. A la vérité, chez l'adulte, toute compression forte de la poitrine suspend, d'une manière indirecte, l'action du cœur, parce que l'interruption des phénomènes mécaniques des poumons, qui en est la suite, empêchant l'organe pulmonaire de recevoir l'élément nécessaire pour les phénomènes chimiques, le cœur à son tour n'éprouve plus le stimulus produit par le sang rouge, qui paroît être l'agent qui en excite les contractions. Mais chez le fœtus qui n'a pas respiré, auquel, tant qu'il est renfermé dans le sein de sa mère, un sang rouge vivifié par l'action des poumons n'est pas nécessaire pour exciter l'action du cœur, il est très-probable que la cessation des phénomènes mécaniques

de la respiration ne suffit pas pour suspendre l'action du cœur.

Si la mort apparente devoit être attribuée dans ce cas, comme le veulent des auteurs, à l'extension de la colonne rachidienne, à la distension de la moelle, on ne l'observeroit qu'autant que l'on auroit exercé des tractions sur les parties de l'enfant qui sont au-dehors. Cependant cet état fâcheux a lieu, quoiqu'on n'ait pas tiré sur le tronc, si l'enfant tarde à sortir. Cet accident est même si commun dans les accouchemens par les pieds, quoiqu'ils soient entièrement confiés à la nature, que c'est pour le prévenir que l'on a conseillé et que l'on a regardé comme plus avantageux, dans les cas même où la délivrance spontanée est possible, d'avoir recours à des tractions méthodiques, dans la vue de rendre la compression de la poitrine et du cordon moins longue.

Si des tractions peu méthodiques sont très-dangereuses et sont propres à surajouter aux dangers qui résultent de la durée et de la force de la compression exercée sur la poitrine et le cordon ombilical, elles ne donnent pas la mort en produisant l'asphyxie ou plutôt une syncope, mais en désorganisant la moelle, dont la lésion cause une paralysie. L'enfant ne doit naître dans un état de mort apparente, à la suite de ce tiraillement de la moelle épinière, qu'autant que la paralysie qui en résulteroit seroit universelle. En effet, s'il se bornoit à la distension de la partie inférieure du prolongement rachidien, les extrémités inférieures seules devroient être paralysées, et l'action du cerveau et celle du cœur subsisteroient encore, comme on le voit dans des cas analogues chez les adultes; mais si l'on accorde que la paralysie de la moelle épinière qui fait que l'enfant ne donne aucun signe de vie, est universelle, l'enfant qui auroit éprouvé cet accident seroit-il encore susceptible d'être rappelé à la vie, ou pourroit-il l'être aussi promptement? Ne subsisteroit-il pas, quelque temps après que l'enfant auroit été ranimé, des accidens, comme paresse de la vessie, du canal intestinal, qui sont la suite constante de ces paralysies dans le cours ordinaire de la vie? Cependant on n'observe pas

ces désordres chez les enfans asphyxiés que l'on parvient à sauver.

Reste donc à accuser de cet accident la compression du cordon ombilical, qui le produit en privant le cœur du sang. Je prouverai (tom. III, art. *Apoplexie*) que l'on ne peut pas admettre l'opinion de M. Chambon, adoptée par le docteur Capuron, qui pense que les accidens auxquels est exposé le fœtus par la compression du cordon ombilical ne dépendent pas de ce qu'elle interrompt la communication entre la mère et le fœtus : ils attribuent le danger de cette compression à ce qu'elle le fait naître dans un état d'apoplexie, en l'empêchant de se débarrasser de la surabondance des fluides qui surchargent le cerveau.

Si la compression du cordon ombilical, ainsi que celle de la tête et de la poitrine, étoient sans danger, et que l'état de syncope dans lequel naissent les enfans qui viennent par les pieds fût uniquement dû au tiraillement de la moelle épinière, qui produit une paralysie universelle, on devroit toujours s'abstenir de tirer sur les parties qui sont au-dehors toutes les fois que la nature pourroit terminer toute seule, quelle que fût la longueur du travail qui deviendroit nécessaire. Cependant les partisans de cette opinion conviendroient difficilement que l'on doit se conduire ainsi lorsque l'enfant qui présente les pieds tarde très-long-temps à sortir, quoique cette règle pratique fût une conséquence nécessaire de l'innocuité présumée de la compression exercée sur ces parties.

J'indiquois depuis long-temps dans mes cours qu'il étoit étonnant que les praticiens qui ont observé les funestes effets de la compression du cordon ombilical n'eussent pas imaginé des moyens pour la prévenir. Je crois devoir faire connoître un procédé inventé par M. Wellemberg, médecin hollandais, pour prévenir la compression du cordon ombilical dans l'accouchement, dont il dit avoir conçu l'idée en suivant mes Cours. « Il me paroît simple et facile, dit l'inventeur de ce procédé, » dans la note qu'il me remit dans le temps ; mais je laisse aux » praticiens éclairés à décider du degré d'attention qu'il mérite :

» il consiste dans une gaîne assez résistante pour ne point flé-
» chir sensiblement sous la compression ; cette gaîne doit avoir
» cinq pouces de long, sans y comprendre le manche, et un
» diamètre suffisant pour contenir le cordon ombilical sans le
» gêner ; elle doit être fendue suivant sa longueur, et terminée
» inférieurement par un crochet qui la tiendra fermée lors-
» qu'on en aura fait l'application. Pour cela il suffit d'en em-
» brasser le cordon, de rapprocher les deux moitiés de l'ins-
» trument, de le glisser jusqu'au-dessus du lieu où les vaisseaux
» ombilicaux pourroient être comprimés, et de placer son ex-
» trémité inférieure dans l'échancrure ischiatique, où elle peut
» mettre moins d'obstacle à l'accouchement. Il me semble qu'on
» ne doit éprouver aucune difficulté dans l'introduction de
» l'instrument, puisqu'elle doit avoir lieu avant que la tête ou
» le tronc soit engagé de manière à lui mettre obstacle. De
» même, ce procédé ne peut point empêcher la sortie de l'en-
» fant si le bassin est bien conformé, et si ses dimensions sont
» à celles de la tête dans le rapport naturel ; car pourquoi une
» gaîne de médiocre grosseur gêneroit-elle plus l'accouchement
» que les deux bras lorsqu'ils franchissent les détroits étant
» placés sur les côtés de la tête, soit qu'elle sorte la première
» ou après le tronc ? Je crois donc pouvoir conclure que le
» moyen que je propose est sans inconvéniens ».

Je sais que plusieurs praticiens d'une grande réputation, auxquels l'auteur de ce procédé avoit proposé la même idée, ne l'ont pas accueillie; mais les objections qu'il m'a rapporté lui avoir été faites ne me paroissant pas assez bien fondées pour prouver l'inutilité de ce moyen, et encore moins qu'il seroit sujet à des inconvéniens, je laisse, comme M. Wellemberg, aux praticiens qui en auront fait usage à décider du degré d'attention qu'il mérite.

Indications que l'Accoucheur a à remplir lorsqu'il juge qu'il est utile d'aider la nature dans les accouchemens où l'enfant vient en offrant les pieds.

Lorsque la nature peut terminer toute seule l'accouchement, il est seulement plus salutaire de l'aider; mais il est indispensable de le faire si les pieds s'engagent de manière à s'arrêter contre quelque point du bassin ou à se croiser, ou s'il survient quelque circonstance accidentelle qui ne permette pas de différer la délivrance sans exposer la mère ou l'enfant à succomber. Dans ce dernier cas, l'accouchement devient accidentellement contre nature, et doit être rangé parmi ceux qui appartiennent à cette classe. La manœuvre qui convient pour abréger l'accouchement est toujours la même; les divers cas où l'on y a recours ne diffèrent entre eux qu'en ce que les circonstances qui déterminent à l'employer ne sont pas également impérieuses.

Lorsqu'on exerce des tractions sur les parties qui sont au-dehors, elles doivent être méthodiques : car si l'on tiroit sur le tronc sans principes, on surajouteroit aux dangers qui menacent l'enfant dans ce mode de naissance, ceux qui résulteroient de l'extension et du tiraillement de la moelle épinière.

Les indications que présentent les accouchemens par les pieds peuvent se diviser en indications générales et en indications particulières. Les premières méritent beaucoup d'attention, puisque l'on doit aller chercher les pieds toutes les fois que l'enfant est situé de manière qu'il n'est plus possible de ramener la tête à l'orifice, quelquefois même quoique la tête soit placée convenablement, lorsqu'on ne peut pas en confier l'expulsion à la nature, qui agiroit trop lentement si, dans ce cas, l'élévation de la tête contre-indique l'emploi du forceps.

A moins que la femme n'éprouve quelqu'accident qui rende l'accouchement contre nature, dans quelque position que les pieds se trouvent placés, il faut attendre, pour les dégager, qu'ils viennent se présenter d'eux-mêmes à l'entrée de la matrice. On peut éprouver beaucoup de difficulté à entraîner les pieds, quoiqu'ils se présentent à l'orifice, s'ils sont appuyés sur

les fesses, qui s'engagent en même temps dans le bassin. L'obstacle qui s'oppose à la descente des pieds provenant de ce que plusieurs parties tendent à sortir en même temps, avant de chercher à les entraîner, on doit repousser les fesses au-dessus du détroit supérieur.

Si un seul pied se présente à l'orifice de l'utérus, on pourra absolument se dispenser d'aller chercher le second, pourvu que le pied retenu soit disposé de manière à s'allonger le long de la poitrine de l'enfant à mesure que l'autre s'engagera, puisque, dans ce cas, l'accouchement peut encore s'opérer spontanément, mais seulement avec un peu plus de difficulté. Si l'enfant vient avec aisance en tirant sur un seul pied, on épargne des douleurs à la femme en ne dégageant pas le second. Mais si l'on éprouve beaucoup de résistance pour entraîner l'enfant, ou si le pied retenu ne peut pas s'allonger le long de la poitrine, il est plus avantageux, et même de nécessité absolue dans le second cas d'aller chercher l'autre extrémité. Loin de faire rentrer le premier pied avant d'aller chercher le second, comme on l'a pratiqué pendant long-temps, on doit au contraire le retenir au-dehors avec un lacs pendant qu'on procède à l'extraction de l'autre. En traitant des accouchemens par les fesses, je ferai connoître le procédé le plus convenable pour entraîner une des extrémités qui seroit allongée le long de la poitrine.

Si l'on s'étoit décidé à laisser le second pied dans la matrice, et à entraîner l'enfant en tirant sur un seul, il faudroit renoncer à cette tentative s'il falloit employer beaucoup de force pour faire avancer l'enfant; car on pourroit luxer la cuisse ou décoller la tête du fémur, qui n'est encore qu'épiphyse, pour faciliter la descente du tronc. Quand on tire sur un seul pied, on doit tourner sa pointe en dedans et le tirer dans le sens de l'adduction, c'est-à-dire, en le rapprochant de celui qui est retenu dans l'intérieur de la matrice. Dès que les fesses sont assez avancées pour pouvoir accrocher la hanche, on doit la saisir pour qu'elle partage avec le pied les efforts nécessaires pour l'extraction de l'enfant.

Si l'on rencontre plus de deux pieds à l'orifice de la matrice, avant d'agir, il faut distinguer les deux pieds qui appartiennent au même enfant. Il est même toujours prudent, quoiqu'on ne trouve que deux pieds à l'orifice, d'examiner s'ils n'appartiendroient pas à deux enfans différens. Après avoir assujetti un des pieds, on conduit la main droite le long de la cuisse; lorsqu'elle est parvenue à la hauteur de la fesse, on la porte sur l'autre cuisse, et l'on examine si ces deux parties sont continues; si elles le sont, les deux pieds appartiennent au même enfant. Dans le cas contraire, chaque pied appartient à un enfant différent.

La première et la seconde espèce d'accouchemens où l'enfant présente les pieds, sont celles qui offrent moins d'indications particulières. Dans l'une et l'autre position, l'enfant est situé de manière que les fesses, les épaules et la tête viennent successivement présenter leur plus grande largeur diagonalement au détroit supérieur.

Indications particulières que présente la première espèce d'accouchemens par les pieds lorsqu'on se propose d'aider la nature.

Immédiatement après l'ouverture de la poche des eaux on porte un ou deux doigts dans le vagin pour saisir les pieds à l'entrée de la matrice. On place le doigt index entre les deux pieds, et on applique le pouce contre la partie externe de l'un des pieds, et le autres doigts contre la partie externe de l'autre : on tire dessus jusqu'à ce qu'ils paroissent au-dehors : on les enveloppe alors d'un linge pour les tenir plus aisément. On continue de tirer dessus jusqu'à ce que les genoux commencent à paroître : pour ménager cette articulation, on allonge les mains jusqu'au-dessus des genoux, de manière qu'elles soient en contact avec le plus de points possibles : l'effort étant partagé, l'articulation en est beaucoup moins fatiguée.

On élève successivement les mains à mesure que les cuisses descendent : dès que les hanches paroissent au-dehors, on ap-

plique les mains dessus. Aussitôt que les fesses sont sorties, avant d'exercer aucune traction sur les hanches, on doit insinuer l'index et le doigt du milieu de la main gauche le long de l'abdomen de l'enfant pour examiner l'état de l'ombilic, et faire descendre une anse plus ou moins longue du cordon ombilical si l'on reconnoît qu'il est tendu. Si la tension étoit forte, il seroit possible qu'on n'abaissât pas la première fois une anse du cordon assez longue pour prévenir le déchirement de l'ombilic : on introduit alors en différentes fois les deux doigts allongés pour saisir le cordon entre les deux, et l'entraîner à mesure que le tronc continue de descendre. On doit tirer sur le cordon de manière que l'effort se passe sur la portion qui tient au placenta.

Si la tension étoit tellement forte qu'on ne pût pas faire descendre la plus petite partie du cordon, soit parce qu'il est fortement comprimé contre le rebord du détroit supérieur, soit parce qu'il forme des circulaires autour du cou de l'enfant, il faut couper le cordon avec des ciseaux et froisser les deux bouts entre les doigts. Cette section me paroît préférable à la déchirure qui seroit la suite de la traction que l'on exerceroit sur le corps de l'enfant, lorsque le cordon est ainsi tendu.

Dans tous les accouchemens par les pieds le cordon peut être passé entre les cuisses et remonter le long du dos : on peut se contenter d'en faire descendre une portion suffisante pour continuer les tractions sans craindre le tiraillement de l'ombilic. Mais si l'on peut abaisser une anse considérable, on passe un des pieds à travers pour placer le cordon sur les côtés de l'enfant.

Le cordon abaissé, toutes les parties qui sont au-dehors étant enveloppées d'un linge, on porte les mains sur les hanches : on doit éviter de les croiser, ce qui ôteroit à l'accoucheur de la dextérité. Pour cela, on doit, dans toutes les positions, placer la main droite sur la hanche droite de l'enfant, et la main gauche sur la hanche gauche. On tire ensuite obliquement en en bas jusqu'à ce que les épaules offrent de la ré-

sistance. Si, au lieu d'empoigner les hanches, on portoit les mains sur l'abdomen et sur la poitrine de l'enfant pour continuer de tirer, on contondroit le foie, qui est très-volumineux au moment de la naissance, ou bien l'on gêneroit les mouvemens du cœur.

Les hanches dégagées, l'enfant descend aisément, jusqu'à ce que les bras rencontrent le détroit supérieur qui les force à se relever sur les côtés de la tête. Dès que l'accoucheur s'aperçoit de la résistance offerte par la saillie des épaules, il doit changer de manœuvre pour les faire avancer. Les mains placées sur les hanches ne doivent plus agir qu'alternativement; on dirige l'effort obliquement de l'aîne droite de la femme sous sa cuisse gauche. La main droite appliquée sur la hanche droite, qu'elle embrasse, relève le tronc vers l'aîne droite de la femme; la main gauche le porte dans l'instant suivant en en bas, et suivant une direction qui tendroit à le faire passer sous la cuisse gauche de la femme. On répète ces mouvemens alternatifs jusqu'à ce que les aisselles paroissent à la vulve.

Ces mouvemens doivent se faire lentement et avoir beaucoup d'étendue; en agissant lentement, les parties de la femme se dilatent plus graduellement, et avec moins de douleur pour la mère. Plus les mouvemens que l'on fait décrire aux pieds de l'enfant sont considérables, plus la portion du tronc qui se dégage à chaque fois est grande. Les mouvemens dirigés de cette manière présentent deux grands avantages: le premier est que les forces que l'on emploie sont dirigées suivant le diamètre du bassin auquel répondent les épaules; ce qui n'a pas lieu si on porte les parties sorties alternativement du sacrum vers le pubis, et du pubis vers le sacrum, ou bien d'une fosse iliaque à l'autre; ou bien enfin si l'on fait exécuter à l'enfant des mouvemens de rotation, comme quelques praticiens le conseillent. Le second avantage consiste en ce que les efforts ne portent pas sur la colonne épinière, mais principalement sur les muscles sterno-huméral, lombo-huméral et scapulo-huméral, et autres muscles du tronc et de l'épaule.

D'ailleurs, en agissant obliquement, il faut moins d'efforts pour faire avancer le tronc, que si l'on tiroit directement suivant sa longueur.

Lorsque l'enfant a été amené jusqu'aux aisselles, doit-on laisser les bras, qui sont relevés sur les deux côtés de la tête, comme le conseille Deventer, qui blâme la méthode des anciens; ou bien doit-on les dégager avant de continuer les tractions? Ceux qui veulent qu'on laisse les bras fondent leur précepte sur ce que leur abaissement n'est pas nécessaire pour la sortie de la tête : en effet, la largeur de la tête et celle des deux bras placés sur les côtés, n'excèdent jamais celle du diamètre correspondant du bassin s'il est bien conformé et la tête de volume ordinaire; en sorte que, suivant ces auteurs, ce n'est que dans le cas où la tête seroit trop volumineuse pour sortir avec les bras levés sur ses côtés, que l'on doit les dégager. Ils soutiennent même qu'en laissant les bras ainsi allongés le long du cou, la sortie de la tête est plus facile, parce qu'ils s'opposent à ce que la matrice se resserre sur le cou de l'enfant. Ce resserrement ne forme pas seulement un obstacle à la sortie de la tête, il peut encore être porté au point d'étrangler l'enfant.

Quoiqu'on pût absolument se dispenser de dégager les bras lorsque le volume de la tête n'est pas considérable, je crois que l'on facilite toujours sa sortie en les dégageant, sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour l'enfant. Si on peut réussir à les abaisser lorsque le bassin est trop étroit relativement à la grosseur de la tête, on ne voit pas pourquoi on ne les abaisseroit pas lorsque le bassin est spacieux, puisqu'il est plus facile de le faire. Quand on a l'attention, après l'abaissement des bras, de porter une main sur la face et deux ou trois doigts de l'autre sur l'occiput, comme les accoucheurs enseignent aujourd'hui de le faire, on n'a pas à craindre que le resserrement de l'orifice de la matrice sur le cou de l'enfant l'expose à des accidens, et rende la sortie de la tête plus laborieuse.

Quand on veut dégager les bras, on relève le tronc vers l'aîne droite de la femme, ou on le soutient avec la main gauche. On commence par abaisser le bras qui regarde le sa-

crum, parce qu'il est ordinairement moins serré que celui qui est situé derrière le pubis. On commence par abaisser l'épaule en la saisissant avec le pouce, l'index et le doigt médius de la main droite. On porte ensuite l'index et le doigt du milieu dans le vagin, en les insinuant le long du bras jusqu'au pli du coude. Pendant qu'on presse avec ces deux doigts l'articulation du bras avec l'avant-bras pour faire descendre le coude, le pouce doit être appliqué le long de la partie postérieure du bras, pour faire l'office d'attelle et prévenir sa rupture. On ne doit pas tirer le bras directement en bas; on doit se contenter d'appuyer sur le pli du coude; on porte ensuite la main de la pronation vers la supination, pour faire décrire à l'avant-bras le même chemin qu'il a parcouru en se relevant sur le côté de la tête. Par ce mouvement de la main, on le ramène sur le devant de la poitrine qu'il avoit suivie en s'allongeant du côté de la tête. Pour le ramener de la poitrine contre les parties latérales du tronc, il suffit de porter le poignet et la main, par un mouvement de flexion, vers la face interne de l'avant-bras, qui ne doit pas agir pendant toute cette manœuvre.

Pour dégager le bras qui est sous le pubis, on porte le tronc en en bas vers la cuisse gauche, où on le soutient de la main droite : on le dégage de la main gauche absolument de la même manière que l'autre bras. Il est ordinairement facile de dégager les bras; souvent ils descendent d'eux-mêmes; mais quelquefois on rencontre des obstacles qui s'opposent à leur abaissement. La tête trop haute comprime les bras contre le rebord interne du detroit supérieur : quand elle est trop basse, elle les comprime contre le rebord du détroit périnéal. Dans le premier cas, il faut tâcher de faire descendre davantage la tête, si on le peut sans danger. Dans le second cas, on doit repousser la tête dans l'excavation, pour que les bras soient moins serrés.

Si l'un des bras se trouve situé entre la symphyse du pubis et la tête de l'enfant qui le comprime fortement, on peut éprouver beaucoup de difficulté à le dégager. Il faut alors repousser un peu la tête, et faire passer le bras sur le côté du

bassin où est placée la face, pour l'abaisser ensuite, en se conformant aux règles générales que j'ai indiquées. L'un des bras peut être porté derrière la nuque avec laquelle il se croise. Quand même le bras qui est placé derrière le cou seroit celui qui répond au sacrum, on ne doit l'abaisser que le dernier. Il faut agir comme dans le cas précédent; seulement la difficulté d'opérer est plus grande.

Lorsque les bras sont dégagés, il faut s'occuper de l'extraction de la tête : c'est le moment du travail qui offre le plus de difficultés, et celui où l'enfant court le plus de danger. Si on abandonne le travail à la nature, l'enfant périt victime de la compression qu'éprouvent quelques organes essentiels à l'entretien de la vie. Si l'on tire avec force sur le tronc pour extraire la tête, le tiraillement qu'éprouve la moelle épinière lui donne la mort.

Pour fixer avec précision de quelle manière il faut procéder à l'extraction de la tête, et quand on doit en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature, ou bien recourir à l'art pour l'extraire, il faut d'abord déterminer si le bassin et la tête jouissent de leurs dimensions naturelles, ou bien s'il existe entre elles un défaut de proportion, soit qu'il vienne du bassin qui est resserré, ou bien de la tête qui est trop volumineuse.

Si le bassin jouit des proportions favorables à la sortie de la tête, son expulsion est presque entièrement l'ouvrage de la nature, et l'accoucheur ne doit y coopérer que lorsqu'elle fait effort pour l'engager. On conduit deux ou trois doigts le long du cou pour reconnoître la situation de la face; car on ne peut pas juger du lieu qu'elle occupe par la situation de la poitrine, à cause de la mobilité naturelle du cou. On place la face de côté, si elle n'a pas pris d'elle-même cette position avantageuse. Pour que la tête s'engage plus facilement, on applique le menton sur la poitrine par le moyen d'un ou deux doigts introduits dans la bouche de l'enfant. On se propose seulement par cette manœuvre de fixer le menton sur la poitrine pour qu'il se présente le premier. D'ailleurs, par là on opère l'abaissement de la mâchoire inférieure et de la langue, qui, suivant

M. Morlanne, « sont d'une nécessité urgente, afin de permettre l'introduction de l'air dans la poitrine, ressource..... sans » laquelle le fœtus ne survivroit pas long-temps à l'interruption » de la circulation du sang dans le cordon ombilical ». Pendant qu'on soutient le tronc avec cette main et l'avant-bras, l'index et le médius de l'autre main sont conduits sur l'occiput et le derrière du cou, qu'ils embrassent.

On attend les contractions de la matrice et des muscles abdominaux pour entraîner dans le petit bassin la tête, qui est ainsi embrassée entre les deux mains : on tire de haut en bas et de devant en arrière. M. Maigrier perd de vue la direction de l'axe du détroit supérieur quand il conseille de tirer tantôt d'un côté, tantôt de l'autre pour faire franchir la tête. Lorsqu'elle est parvenue dans l'excavation, on tourne la face vers le sacrum : les efforts que l'on exerceroit pour l'extraire seroient impuissans. On doit alors engager la femme à faire valoir ses douleurs, parce que la nature seule peut opérer la délivrance. Mais si elle étoit épuisée ou qu'il survînt des accidens qui ne permettroient pas d'attendre l'action expulsive de la matrice, il faudroit recourir au forceps pour extraire la tête : les mains seules ne suffiroient pas pour l'entraîner, quoiqu'elle n'ait plus que le détroit inférieur à franchir. L'accoucheur ne peut aider la nature qu'en relevant avec la main et l'avant-bras le tronc de l'enfant vers le pubis. Pendant ce temps, la main qui étoit appliquée sur l'occiput doit le quitter pour soutenir le périnée et en prévenir la déchirure. Des tractions en en bas ou faites horizontalement contrarieroient la marche de la nature, qui dégage la face en faisant rouler la nuque de l'enfant sous le bord inférieur de l'arcade du pubis.

Quand il n'y a point d'accidens, on peut attendre sans inconvénient que les efforts de la mère expulsent la tête, puisque lorsqu'elle est parvenue dans l'excavation, l'enfant peut respirer si l'on dirige la bouche vers la vulve, et qu'on l'entr'ouvre.

S'il existe un défaut de proportion considérable entre la tête et le bassin, on ne doit pas agir sur le tronc pour engager la tête : ces efforts donneroient la mort à l'enfant par le tiraillement de

la moelle épinière ou par sa rupture; ils seroient en outre le plus souvent impuissans pour extraire la tête. Si on introduisoit quelques doigts dans la bouche de l'enfant pour tirer avec plus de force, on pourroit luxer ou déchirer la mâchoire. Il est évident que les efforts que l'on exerce sur le tronc, quelque grands qu'ils soient, ne peuvent pas faciliter la sortie de la tête. Leur premier effet se passe sur le cou, et la tête ne peut l'éprouver qu'autant que le cou a été distendu au-delà des bornes que permet la nature. Dans ces mouvemens, on n'a aucun égard à la direction que la tête suit dans sa marche naturelle, soit que l'on tire en bas, ou en relevant le tronc horizontalement, ou en le roulant sur son axe, ou bien en le portant de côté et d'autre : dans aucun de ces mouvemens, on ne tire la tête dans la direction que lui fait suivre la nature lorsqu'elle traverse le détroit supérieur.

Le forceps seul, qui a été conseillé dans ce cas par Smellie, agissant immédiatement sur la tête, peut fournir une ressource pour extraire la tête de l'enfant s'il est vivant.

Indications particulières que présente la seconde espèce d'accouchemens où l'enfant vient en offrant les pieds.

Le rapport des dimensions de l'enfant avec celles du bassin est absolument le même dans cette position que dans la précédente : le dos répond au côté droit, tandis que dans la première il est situé derrière le côté gauche de la mère. C'est cette situation différente des surfaces postérieure et antérieure de l'enfant qui présente quelque légère différence dans la manière de terminer cette espèce d'accouchement.

On attend pour aller saisir les pieds, s'il n'existe aucun accident, le moment où la poche des eaux se rompt spontanément. Il est indifférent, comme dans la position précédente, d'employer l'une ou l'autre main. On introduit l'index entre les deux pieds, de manière que le pouce soit placé sur le côté externe de l'un des pieds, et les autres doigts sur le côté externe de l'autre pied. Lorsque les pieds sont au-dehors, on les enve-

loppe d'un linge sec. Pour ménager l'articulation, on applique les mains jusqu'au-dessus des genoux dès qu'ils paroissent. L'effort que l'on exerce portant sur un plus grand nombre de points, l'articulation en est moins fatiguée.

On tire sur les cuisses en élevant successivement les mains, jusqu'à ce que les fesses paroissent à la vulve. Dans ce moment, on conduit l'index et le doigt du milieu de la main droite vers l'ombilic, pour examiner si le cordon n'est pas tendu, et en abaisser une anse s'il est trop tiraillé. Le cordon abaissé, on embrasse de la main droite la hanche droite qui est située vers le pubis, et de la main gauche la hanche gauche qui est en arrière. On doit tirer directement en bas jusqu'à ce que l'on s'aperçoive que les épaules offrent de la résistance. On commence alors les mouvemens obliques que l'on dirige de l'aîne gauche de la femme au-dessous de la cuisse droite. On doit exécuter ces mouvemens alternatifs avec lenteur, et leur donner le plus d'étendue possible. On les continue jusqu'à ce que les épaules paroissent à la vulve. On s'occupe alors d'abaisser les bras, en commençant par celui qui est en arrière, parce qu'il est ordinairement moins serré. On facilite son abaissement en portant le tronc de l'enfant vers l'aîne gauche, où l'accoucheur le soutient de sa main droite, pendant que de la main gauche il abaisse le bras qui est en arrière. Le bras abaissé, en suivant les règles générales que j'ai indiquées pour la première position, l'accoucheur porte le tronc en en bas, et selon la direction d'une ligne qui tendroit à passer sous la cuisse droite, pour dégager avec la main droite le bras qui répond au pubis.

Après avoir dégagé les bras, on porte quelques doigts de la main droite pour s'assurer de la situation de la face, et pour la tourner de côté si elle répondoit encore au sacrum. Les doigts de la main qui ont servi à reconnoître la situation de la face doivent rester sur cette partie pour appliquer le menton sur la poitrine. On porte ensuite quelques doigts de l'autre main sur l'occiput. Lorsque la matrice fait effort pour expulser la tête, on tire dessus de haut en bas et de devant en arrière, pour lui faire franchir le détroit supérieur. Dès qu'elle est parvenue dans

l'excavation, on dirige la face vers le sacrum. On attend ensuite qu'elle soit expulsée par les muscles abdominaux. Les efforts que l'on exerceroit dessus ne pourroient pas faciliter sa sortie. On ne peut aider la nature qu'en relevant le tronc de l'enfant vers le pubis, et qu'en faisant rouler la nuque sous la symphyse.

Indications particulières que présente la troisième espèce d'accouchemens où l'enfant vient en offrant les pieds.

Quoique cette position, où le dos répond à la symphyse du pubis, soit la plus favorable pour la sortie du tronc, elle seroit désavantageuse quand la tête vient se présenter, si la face ne se détournoit pas constamment pour se diriger obliquement vers l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque, mais le plus ordinairement vers celle du côté droit, à raison de la présence du rectum sur le côté gauche du bassin.

On doit s'occuper, dans cette position, dès le début du travail, de faire prendre au tronc et à la face cette direction diagonale que la nature toute seule leur imprime souvent pour détourner la face de la saillie sacro-vertébrale; il faut, dès que les pieds sont au-dehors, en diriger la pointe vers l'un ou l'autre côté du bassin, de manière qu'ils soient situés comme s'ils s'étoient d'abord présentés vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde : à mesure que le tronc se dégage, on examine si les hanches, la poitrine, se présentent diagonalement. Quand les épaules sont descendues dans la même situation, on introduit deux doigts de l'une des mains le long du cou pour s'assurer de la position de la tête; car on ne peut pas juger de la situation de la face par celle de la poitrine : quoique celle-ci soit située diagonalement, la face peut n'avoir pas subi le même déplacement. Si la face est encore en-dessous, on doit la tourner vers le côté où l'on a dirigé la poitrine.

Ce n'est pas en roulant le tronc sur son axe que l'on doit tenter de tourner la face de côté : les efforts que l'on exerce sur le tronc, quelque considérables qu'ils soient, et quelle que soit

leur direction, n'agissent pas d'abord sur la tête ; ils se passent sur le cou, qui éprouve un mouvement de torsion. Ces mouvemens ne se transmettent à la tête que lorsque la torsion du cou a été portée au-delà de ce que permettent les bornes naturelles. Des mouvemens aussi étendus et dans lesquels le cou a été tiraillé, ne peuvent pas avoir lieu sans donner la mort à l'enfant, s'il est encore vivant.

Il est rare que la tête s'enclave suivant sa longueur entre le pubis et le sacrum par les seuls efforts auxquels la femme se livre dans l'accouchement par les pieds. Le plus souvent cet accident dépend des mauvaises manœuvres de l'accoucheur, qui, n'ayant pas médité sur le rapport des dimensions de la tête avec celles du bassin, cherche à faire venir la face en dessous, suivant le précepte qu'en avoient donné les auteurs anciens. Quelle que soit la cause qui ait fixé la tête de cette manière, l'enfant perd presque toujours la vie si l'on a tiré fortement sur le tronc.

Pour dégager la tête ainsi retenue au détroit supérieur, et pour placer la face de côté sans danger pour l'enfant, il faut commencer par abaisser les bras, en observant exactement toutes les précautions que j'ai indiquées. La main, introduite dans le vagin, repousse l'occiput au-dessus du pubis : on détourne ensuite le front de la saillie sacro-vertébrale, et on le dirige vers la symphyse sacro-iliaque droite, parce que, dans le second temps il est plus aisé de conduire sur ce côté la face dans la courbure du sacrum. L'extraction de la tête ne présente plus ensuite que les indications générales que j'ai exposées à l'occasion des deux positions précédentes.

Si l'on ne peut pas dégager la tête par ce procédé, à raison de l'étroitesse de l'enclavement, on doit appliquer le forceps. Je ne fais qu'indiquer ici sommairement la nécessité de recourir, dans ce cas, à cet instrument, dont je prouverai les avantages dans un autre endroit.

J'ai dit que, dans cette position, pour détourner plus sûrement la face de la saillie sacro-vertébrale, l'on devoit, à l'imitation de la nature, changer de bonne heure la direction du

tronc : cependant, si le détroit supérieur étoit un peu rétréci d'avant en arrière, il seroit plus favorable de laisser descendre le dos de l'enfant directement derrière le pubis, puisque le diamètre de la poitrine et des épaules est moins étendu d'avant en arrière que d'un côté à l'autre. On devroit même le ramener dans cette situation, puisque sa sortie est plus facile, toutes les fois que le bassin est resserré, quoiqu'il se fût présenté dans l'une des deux premières positions. Mais lorsqu'on a préféré amener l'enfant dans cette direction, on ne doit pas oublier que si le tronc présente son plus petit diamètre, la tête présente sa plus grande largeur d'avant en arrière. Aussitôt que les épaules sont dégagées, l'on doit donc avancer plusieurs doigts sur l'une des joues pour tourner la face de côté. Celui qui est instruit ne permettra jamais à la tête de s'enclaver suivant sa longueur entre le pubis et le sacrum, et il se gardera de tirer sur les pieds lorsque la tête conserve encore cette direction.

Indications particulières que présente la quatrième espèce d'accouchemens où l'enfant vient en offrant les pieds.

Il est bien plus urgent de convertir cette position. L'accouchement spontané est toujours plus difficile, parce que la face vient en-dessus. Les difficultés de cette position dépendent des obstacles que la face éprouve pour se dégager de dessous l'arcade du pubis, non parce que le menton s'accroche au-dessus des os pubis, mais parce qu'elle a plus de largeur que l'arcade n'a d'étendue dans sa partie supérieure.

Lorsque l'on est appelé dans le commencement du travail, il est facile de donner à l'enfant une position plus avantageuse. Mais si l'on n'est invité à donner des soins à la femme que lorsque la tête est déjà engagée au détroit supérieur, surtout si une personne ignorante a tiré sur le tronc, il est extrêmement difficile de déplacer la tête. Pour bien fixer la manœuvre la plus convenable, on doit distinguer trois temps dans cette position : on peut agir au moment où les pieds viennent de s'engager dans

le vagin ; l'enfant peut être sorti jusqu'aux fesses, qui sont serrées dans la matrice, parce que les eaux sont écoulées depuis long-temps ; enfin, on peut n'être appelé que lorsque les épaules sont à la vulve, et que la tête est engagée plus ou moins fortement au détroit supérieur.

Dans le premier temps, on va saisir les pieds à l'orifice de la matrice, et on procède pour diriger les hanches, la poitrine, les épaules, la face, vers l'une des symphyses sacro-iliaques, absolument de la même manière que j'ai conseillé de le faire pour la position précédente.

Dans le second temps l'enfant est descendu jusqu'aux lombes ; les épaules et la tête sont embrassées par la matrice, qui s'oppose plus ou moins fortement à ce qu'elles éprouvent le mouvement que l'on imprime au tronc de l'enfant pour changer sa position. Pour opérer cette conversion sans inconvéniens pour l'enfant, M. Baudelocque a conseillé la manœuvre suivante : on introduit à l'entrée du vagin une main le long du sacrum, et l'autre le long du pubis de la mère, pour saisir les lombes et l'abdomen de l'enfant le plus près possible de la matrice. Les mains ainsi placées, on refoule en dedans, dans l'intervalle des douleurs, les parties qui sont au-dehors : on les fait ensuite descendre de quelque chose de plus qu'elles n'étoient remontées, en tirant sur le tronc au moment des contractions, de manière à lui imprimer un commencement de situation diagonale. Si la poitrine se trouvoit inclinée vers l'un des côtés du bassin, c'est vers la symphyse sacro-iliaque de ce côté qu'il faudroit diriger la surface antérieure de l'enfant à chaque fois que l'on fait descendre la partie inférieure du tronc que l'on a refoulée dans la matrice. On répète ces mouvemens jusqu'à ce que l'on ait conduit la poitrine et la face vers l'une des symphyses sacro-iliaques.

Quoiqu'on ait réussi à tourner la poitrine de côté par cette manœuvre, la face pourroit encore être restée en-dessus, à cause de la torsion dont le cou est susceptible. On doit toujours conduire les doigts pour s'assurer de la véritable position de la face. Tant qu'on n'a pas tiré sur le tronc, on peut

encore déplacer la tête de dessus le pubis sans beaucoup de difficulté.

En tournant ainsi le tronc de l'enfant sur son axe, il arrive presque toujours que l'un des bras se place derrière le cou : l'abaissement en devient plus difficile, parce qu'il se trouve alors plus ou moins serré contre un des os pubis.

Dans le troisième temps la tête est appliquée, suivant sa longueur, entre le pubis et le sacrum, la face en-dessus ; elle est presque toujours engagée jusque vers le milieu, si l'on a tiré imprudemment sur les pieds pour l'engager dans cette direction. Quand cette complication a lieu, l'enfant est presque toujours privé de la vie quand on réclame le secours de l'accoucheur. Si l'homme instruit peut toujours empêcher la tête de s'engager de cette manière, il ne lui est pas aussi facile de la déplacer lorsqu'elle est retenue dans cette direction.

Pour déplacer la face méthodiquement, il faut agir immédiatement sur la tête. Si l'on se contente de rouler le tronc pour détourner la face de la symphyse du pubis, le cou qui, pour l'ordinaire, a été fort tiraillé, se tord sur lui-même ; et si déjà l'enfant n'avoit pas perdu la vie, il seroit nécessairement victime de cette mauvaise manœuvre. Levret, Smellie, qui connoissoient le rapport des dimensions du bassin avec celles de la tête, ont donné le précepte de placer la face de côté. Ils ont très-bien fait sentir les vices de la pratique des anciens, qui conseilloient de conduire la face en-dessous, puisque la tête, après cette manœuvre, s'engageroit également en présentant sa plus grande longueur selon le plus petit diamètre du détroit supérieur. Ces deux auteurs avoient connu la situation qu'il falloit donner à la face ; mais comme pour opérer ce déplacement ils agissoient uniquement sur le tronc, ils laissoient, contre leur intention, la face dessus le pubis. La mobilité du tronc et du cou fait que la tête n'éprouve pas la rotation qui leur est imprimée.

Avant de refouler la tête avec une main conduite le long de la courbure du sacrum, les accoucheurs conseillent de com-

mencer par abaisser les bras. Il me semble qu'ils auroient dû faire connoître les différences que doit présenter la manœuvre dans cette circonstance. La face étant en-dessus, on ne peut pas, comme dans les autres positions, les diriger vers le sacrum pour les dégager. Si on cherche à les ramener en-dessus pour leur faire suivre la route qu'ils ont parcourue en se relevant, on ne réussira jamais à les faire passer entre la face et la symphyse du pubis, puisqu'il y a enclavement : c'est cependant la route qu'ils doivent suivre. Voici le procédé qui m'a paru le plus propre à faciliter l'abaissement des bras d'une manière méthodique : il faut d'abord porter le bras en arrière autant que le peut permettre cette articulation, en pressant dessus avec quelques doigts, comme si on vouloit le dégager du côté du sacrum. Après l'avoir ainsi abaissé par cette flexion, on saisit l'avant-bras pour le faire passer sous la symphyse du pubis. Cette manœuvre, qui n'est pas sans présenter des difficultés, m'a paru la seule qui puisse permettre d'abaisser les bras sans s'exposer à les fracturer.

Les bras abaissés, on introduit la main droite le long du cou pour refouler l'occiput. On peut s'aider de deux doigts de l'autre main placés sur les parties latérales de la mâchoire : on tourne ensuite l'occiput vers l'une des symphyses sacro-iliaques, tandis que l'on dirige avec l'autre main la face vers l'une des cavités cotyloïdes. La tête parvenue dans l'excavation, on donne communément le précepte de ramener la face vers le pubis. Il me semble qu'il seroit possible de la mettre en-dessous, ainsi que la partie antérieure du tronc, ce qui seroit plus avantageux pour faire franchir à la tête le détroit périnéal. Si l'enclavement est si considérable que l'on ne puisse pas dégager la tête par ce procédé, et que l'enfant soit encore vivant, on doit appliquer le forceps pour la refouler.

SECOND GENRE. *Accouchemens par les genoux.*

Il suffit de comparer le volume des genoux avec les diamètres du bassin pour être convaincu qu'ils peuvent s'engager par

les seules forces de la mère lorsqu'ils se présentent convenablement. Si les secours de l'art sont plus souvent nécessaires que lorsque l'enfant offre les pieds, c'est que les circonstances qui rendent cet accouchement contre nature se rencontrent plus souvent.

Il est difficile de reconnoître les genoux avant l'écoulement des eaux, surtout si un seul se présente à l'orifice : on peut le confondre avec le coude. Cependant le genou est plus ample et plus arrondi, le coude est plus aigu. Mais lorsque les eaux sont écoulées, et que les deux genoux s'avancent en même temps, on peut les reconnoître par la présence de deux tumeurs parallèles formées par les cuisses et les jambes, qui sont alors à la portée du doigt.

On doit distinguer quatre positions lorsque l'enfant offre les genoux comme lorsqu'il présente les pieds.

Dans l'une, les jambes, qui sont toujours fléchies quand l'enfant présente les genoux, répondent au côté gauche du bassin, et les cuisses au côté droit. Dans l'autre, les jambes sont à droite et les cuisses à gauche. Dans la troisième position, les cuisses regardent le sacrum et les jambes le pubis. Dans la quatrième, la situation des jambes et des cuisses est inverse de la précédente.

Le mécanisme de l'accouchement par les genoux est parfaitement le même que dans chaque position correspondante des pieds. Les genoux s'engagent, parce qu'ils sont poussés par le tronc : dès qu'ils sont au-dehors, les jambes, qui étoient fléchies, s'allongent. Les fesses, les épaules et la tête viennent ensuite se présenter diagonalement, comme si les pieds se fussent présentés les premiers.

Indications particulières que présentent les accouchemens par les genoux lorsqu'on aide la nature.

Si la nature peut terminer toute seule les accouchemens par les genoux, il est cependant plus avantageux de l'aider, même dans les circonstances les plus favorables. On ne peut pas se dis-

penser de le faire si l'un des genoux est retenu par la marge du bassin, ou bien s'il survient quelques-unes de ces circonstances qui rendent contre nature l'accouchement qui se présente sous les apparences les plus favorables.

Les accouchemens par les genoux présentent des indications générales et des indications particulières. Je passerai sous silence les indications générales, parce qu'elles sont les mêmes que dans les accouchemens par les pieds.

La présence des genoux ne présente aucune indication jusqu'après la rupture de la poche des eaux. Dans ce moment, on écarte les genoux des différens points du bassin contre lesquels ils pourroient s'arrêter : on se contente de les diriger ainsi jusqu'à ce qu'ils soient assez descendus pour qu'on puisse les accrocher avec l'index de chaque main, pour tirer dessus pendant les contractions de la matrice. On ne doit aller chercher les pieds que lorsque des accidens graves qui compliquent le travail exigent que l'on termine l'accouchement sur-le-champ : encore faut-il qu'ils soient à l'entrée du bassin, ou qu'on puisse aisément les repousser; car quoiqu'il survienne des accidens, si les genoux sont très-avancés, on ne doit pas chercher à les repousser; on doit les entraîner au moyen des doigts que l'on applique dans le pli des jarrets, en les recourbant en forme de crochets. L'effort exercé par les doigts recourbés introduits dans le pli des jarrets, suffit toujours pour entraîner les genoux.

Deux autres moyens, le lacs et le crochet mousse, ont cependant été conseillés par les accoucheurs qui ont cru que les doigts pouvoient ne pas toujours suffire pour dégager les genoux.

Le lacs est un ruban large d'un pouce et plus ou moins long : après l'avoir plié en deux, on l'adapte par son milieu, en manière de chaperon, sur l'index de l'une ou l'autre main. On se sert de l'index de la main droite pour la première position, et de celui de la main gauche pour la deuxième; on porte ensuite le doigt qui est recouvert du lacs vers le côté externe du genou, d'où on le recourbe dans le pli du jarret pour le porter jusqu'au côté interne. Le pouce de la main fixe le lacs dans cet endroit, jusqu'à ce que l'index, que l'on dégage du

pli du jarret, vienne, conjointement avec le pouce, prendre un des chefs de ce ruban et l'entraîner au-dehors : on tire ensuite sur les deux chefs, dont on entoure les doigts de l'une des mains, pendant que l'on applique l'index de l'autre contre la partie externe du second genou pour le tenir rapproché du premier, et l'obliger à descendre en même temps.

On doit aller chercher les pieds, quoique les genoux se présentent dans le bassin, s'ils s'appuient en descendant sur la base du sacrum, tandis que les jambes, qui sont poussées en avant par les fesses, tendent à sortir les premières en présentant leur longueur au diamètre du bassin, qui est moins étendu : on doit repousser alors les genoux et amener les pieds.

Si un des genoux est retenu au-dessus du détroit supérieur, il faut tâcher de l'entraîner, ou aller chercher le pied. Pour amener le pied, on doit introduire tantôt la main droite, tantôt la main gauche. Le choix de la main est dicté par le côté du bassin où le genou s'arrête : on porte la main gauche s'il s'arcboute à droite, et la main droite s'il est retenu à gauche.

Troisième genre. *Accouchemens où l'enfant présente les fesses* (1).

L'expérience prouve que l'enfant peut venir par les seuls efforts de la nature lorsque les fesses se présentent, comme s'il offroit les pieds ou les genoux, mais avec plus de difficultés et de souffrance pour la femme. Il est évident, quand les membres abdominaux sont repliés de manière à présenter le siége, et que l'enfant vient en double, comme le dit le vulgaire, que l'accouchement, quoiqu'il puisse se faire naturellement, doit être plus long et plus douloureux, puisque l'enfant ne forme pas un coin allongé qui puisse dilater graduellement l'orifice de la matrice, comme si les pieds ou les genoux se fussent présentés. Les dimensions des fesses sont si considérables, que souvent la femme ne surmonteroit pas

(1) Consultez la planche troisième.

toute seule les obstacles qu'elle éprouve pour les faire franchir, si le siége de l'enfant, qui est mou, n'étoit pas susceptible de s'affaisser, et de se mouler en quelque sorte à la forme du bassin. Aussi les secours de l'art sont bien plus souvent nécessaires dans ce genre que dans les deux précédens.

Tant que les eaux ne sont pas écoulées, il est toujours assez difficile de reconnoître la présence des fesses. Le doigt ne peut les atteindre que difficilement, parce que, comme elles offrent une surface très-large, elles restent dans la partie moyenne du globe formé par la matrice, jusqu'à ce que l'orifice s'élargisse. Outre qu'elles ne s'appliquent pas aussi immédiatement à l'orifice que la tête, elles s'éloignent à la plus légère pression, lorsque l'on veut parcourir avec le doigt la surface qui se présente, parce qu'elles sont encore très-mobiles.

Lorsque les fesses se présentent, on rencontre une tumeur large qui n'est ni aussi dure que la tête ni aussi souple que l'abdomen, laquelle est partagée par un sillon profond, dans lequel on rencontre l'anus et les parties sexuelles. Quand on a trouvé plusieurs fois cette position, on ne peut plus confondre l'ouverture du rectum avec celle de la bouche, qui est plus grande, et caractérisée par la langue et les mâchoires. Le méconium sort assez souvent dès que les membranes sont rompues. Si l'on peut promener facilement le doigt, on rencontre les deux tubérosités ischiatiques, la pointe du coccyx et la saillie des vertèbres qui composent le sacrum. On peut aussi reconnoître les deux colonnes formées par les cuisses. Ces derniers caractères sont les moins équivoques lorsque les fesses sont assez engagées pour qu'on puisse les apprécier au moyen du doigt; ils sont les seuls dont on puisse s'aider dans son diagnostique lorsque les fesses sont considérablement tuméfiées. Lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps, les tégumens se boursouflent au point de rendre insensible le sillon qui sépare les fesses, ainsi que les parties sexuelles. Il est arrivé, dans ce cas, à des accoucheurs instruits, de prendre les fesses pour la tête de l'enfant.

Les fesses, comme les pieds et les genoux, peuvent prendre quatre positions principales à l'égard du bassin. Dans les deux premières, les fesses se présentent diagonalement. Dans l'une, la hanche gauche répond à la cavité cotyloïde droite, et la hanche droite à la symphyse sacro-iliaque gauche; le dos est placé vers la partie antérieure et latérale gauche, et la poitrine vers la partie postérieure et latérale droite. Dans l'autre position, la hanche droite répond à la cavité cotyloïde gauche, et la hanche gauche à l'échancrure ischiatique droite; le dos est situé vers la partie antérieure et latérale droite du bassin, et la poitrine vers la partie postérieure et latérale gauche. Ces deux positions sont les plus favorables pour la sortie des fesses.

Dans les deux autres positions, les hanches sont sur les côtés du bassin; dans la troisième, le dos répond au pubis et la poitrine au sacrum; dans la quatrième, le plan antérieur regarde le pubis, et le dos la colonne lombaire. Ces deux positions sont les plus rares et les moins avantageuses.

Le mécanisme des différentes espèces d'accouchemens où les fesses se présentent, est parfaitement semblable à celui où les pieds ou les genoux viennent s'offrir les premiers; il offre si peu de différence dans chacune des positions des fesses, qu'il suffira de le décrire pour une seule position pour faire connoître celui de toutes les autres. D'ailleurs, la nature convertit presque toujours d'elle-même la troisième et la quatrième en l'une des deux premières; et lorsque ce changement favorable n'a pas lieu, la face se présente toujours diagonalement au détroit supérieur, parce que le front se détourne pour l'ordinaire de la saillie du sacrum ou de dessus la symphyse du pubis.

Je vais prendre pour exemple la première position, dans laquelle le dos est situé vers le côté gauche de la mère et un peu en devant. A mesure que les fesses descendent suivant le diamètre oblique du bassin, auquel répondent les hanches, celle du côté gauche se rapproche de plus en plus du pubis, et celle du côté droit se porte vers le sacrum, en sorte que leur plus grande largeur est presque parallèle au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. La hanche qui répond au sacrum est la seule

qui continue d'avancer, en se portant du sacrum au bord du périnée. Pendant ce temps, la hanche gauche qui répond au pubis ne fait, pour ainsi dire, que se contourner sous le bord inférieur de l'arcade du pubis, comme le fait l'occiput lorsque la tête vient la première.

Dès que la hanche qui répond au sacrum paroît à la vulve, les fesses se dégagent en se relevant un peu vers le pubis; le tronc de l'enfant se recourbe aussi légèrement dans ce même sens. Lorsque les fesses sont suffisamment descendues, les pieds, qui sont allongés vers la poitrine, se dégagent d'eux-mêmes. Le reste de l'accouchement s'opère ensuite comme si les pieds se fussent présentés, au début du travail, derrière la cavité cotyloïde gauche.

Indications particulières que présentent les accouchemens par les fesses lorsque les secours de l'art deviennent nécessaires.

Indépendamment des circonstances accidentelles qui peuvent rendre tous les accouchemens indistinctement contre nature, plusieurs causes particulières à ceux où les fesses se présentent peuvent les rendre difficiles ou même impossibles sans les secours de l'art : tels sont un volume extraordinaire des fesses relativement au bassin, ou une situation défavorable. Les accoucheurs regardent une obliquité considérable de la matrice comme la cause occasionnelle qui fait qu'une seule fesse se présente à l'entrée du bassin. Ils confondent encore ici la situation défectueuse des fesses dans la matrice avec l'obliquité de ce viscère, comme ils le font pour les cas où l'axe longitudinal de la tête ne répond plus à celui de l'utérus. Cependant, assez souvent une seule fesse se présente, quoiqu'il n'y ait point d'obliquité de la matrice, dont l'axe longitudinal correspond à celui du bassin. S'il existe seulement obliquité de l'utérus, pour ramener les deux fesses parallèlement au détroit supérieur, il suffit de redresser ce viscère, parce que l'enfant, en s'inclinant, n'a pas changé de rapport avec l'orifice. Mais si une seule des fesses se présente à l'entrée de la matrice, ce que l'on doit entendre

par position défectueuse de cette partie, on ne peut rien espérer en faisant coucher, dès le commencement du travail, la femme sur le côté. Cette situation pourroit seulement remédier à la déviation de la matrice, qui le plus souvent n'a pas lieu, et qui, si elle existoit, ne seroit qu'une complication de plus. L'indication qui se présente ici à remplir consisteroit à ramener les deux fesses, de manière que l'extrémité de leur axe longitudinal redevienne parallèle à celui de l'utérus. Mais ce déplacement seroit si difficile à opérer si les eaux sont écoulées depuis long-temps, qu'il est plus simple d'introduire la main pour dégager les pieds. Les difficultés que l'on éprouveroit pour ramener la tête à l'orifice, lorsque l'enfant n'est plus mobile, m'empêchent d'adopter le précepte donné par Osiander, et par M. Flamant, professeur à l'Ecole spéciale de Médecine de Strasbourg, qui ont cherché à mettre en vigueur la doctrine d'Hippocrate, qui vouloit que l'on ramenât dans tous les cas la tête à l'entrée du bassin.

Les indications particulières que présentent les accouchemens par les fesses sont différentes, suivant leur situation, leur volume et les diverses circonstances qui compliquent le travail. La conduite à tenir dans le cas d'accidens doit même varier suivant le temps du travail où ils surviennent.

L'opinion la plus générale parmi les accoucheurs, est que si les fesses de l'enfant sont petites relativement aux diamètres du bassin, que si elles sont bien situées, et qu'il n'existe aucun accident, on doit abandonner leur expulsion à la nature. Quand elles sont parvenues dans le fond du bassin, on tire dessus pendant chaque douleur, en appliquant le doigt index de chaque main dans le pli des aînes. Le volume des fesses étant difficile à déterminer avant qu'elles soient engagées dans la cavité du bassin, des accoucheurs enseignent qu'il est plus avantageux, dans tous les cas, de dégager les deux pieds dès que la poche des eaux vient à se rompre. Quel que soit celui de ces deux procédés que l'on adopte, les dangers sont toujours les mêmes pour l'enfant. Je ne vois pas non plus que l'un des deux offre des avantages bien réels pour la mère.

Si les fesses surpassent par leur volume la largeur du bassin, si elles sont mal situées, si la femme éprouve quelque accident ou en est menacée, on doit toujours aller chercher les pieds, à moins que lorsqu'un accident quelconque exige de terminer l'accouchement sans délai, les fesses n'occupent le fond du bassin où elles sont fortement serrées. Si elles avoient franchi en grande partie l'orifice de la matrice, on devroit encore moins songer à dégager les pieds : en refoulant les fesses dans ce cas, on s'exposeroit à le déchirer. On doit alors agir sur le siége pour l'entraîner plus promptement.

Le procédé opératoire présente quelque légère différence dans chaque position, soit qu'on aille chercher les pieds, soit qu'on entraîne les fesses qui sont descendues trop bas pour pouvoir être repoussées sans inconvéniens. Je vais noter les particularités qu'il présente dans chaque position.

Première position des fesses. S'il est nécessaire d'aller chercher les pieds, soit parce que les fesses sont trop volumineuses, mal situées, ou parce que des accidens compliquent le travail, à une époque où elles peuvent facilement être repoussées, on se servira de la main gauche. Après avoir repoussé les fesses sur la fosse iliaque gauche, on ira saisir les pieds en parcourant la partie postérieure des cuisses et des jambes, qui sont allongées le long de la poitrine : pour les entraîner, on doit les faire glisser sur l'abdomen. Il est plus avantageux de dégager les deux pieds, quoiqu'il fût absolument possible d'extraire l'enfant en n'en amenant qu'un seul.

Si les fesses occupent le fond du bassin, et qu'elles aient franchi l'orifice de la matrice, on ne doit plus aller chercher les pieds, quoiqu'un accident exige de terminer l'accouchement sur-le-champ. Sans parler des dangers que l'on feroit courir à la mère en refoulant les fesses, il faudroit plus de temps pour dégager les pieds que pour extraire les fesses.

On a proposé divers moyens pour entraîner les fesses dans ce cas. Assez souvent le doigt de chaque main recourbé comme un crochet, et que l'on introduit dans le pli de l'aîne, suffit pour les extraire. On doit exercer une traction plus forte sur la han-

che qui répond au sacrum, jusqu'à ce qu'elle paroisse à la vulve.

Lorsque ce moyen ne suffit pas, on peut employer un crochet mousse que l'on conduit sur le pli de l'aîne qui regarde le sacrum. Ce crochet doit être arrondi, former un angle droit avec la tige, et se terminer par un bouton olivaire. Un seul crochet suffit ordinairement quand les fesses sont situées diagonalement.

Des accoucheurs ayant pris les fesses pour la tête, et étant venu à bout de les extraire en appliquant le forceps sur cette partie, ont conseillé cet instrument comme une ressource dont l'art étoit enrichi pour dégager les fesses lorsqu'on ne pouvoit plus les repousser. Le forceps ordinaire ne peut pas être employé pour extraire les fesses lorsque l'enfant est vivant. Si on conduit l'extrémité des cuillers assez haut pour qu'elles puissent trouver un point d'appui suffisant pour assurer la prise de l'instrument, on fracture les côtes sur lesquelles l'extrémité de la pince doit agir, on contond le foie, qui est très-volumineux à cet âge, et on comprime les viscères du bas-ventre. Si, au lieu de porter l'extrémité de la pince sur les côtés de l'enfant, on se contente de l'appliquer sur les hanches, le forceps ne trouve plus la prise nécessaire. Ce reproche n'est applicable qu'au forceps auquel on a ajouté deux pouces de longueur, d'après les vues de Péan. Le forceps ordinaire de Levret, celui de Smellie, celui exécuté par M. Dubois, d'après les vues de M. Baudelocque, ne peuvent pas parvenir à cette hauteur et produire ces désordres. Plusieurs exemples prouvent que l'on a appliqué avec succès le forceps court pour entraîner les fesses, soit qu'on y ait eu recours à dessein, comme le rapportent Fried, Stein, etc., soit qu'il ait été appliqué au hasard, comme l'observe Levret, parce qu'on avoit cru que la tête se présentoit la première, quoique les fesses fussent appliquées sur l'orifice. Si on a recours à un forceps, celui qu'a fait exécuter M. Dubois, et qui s'accommode exactement à la forme des hanches, doit être préféré. Il consiste en deux crochets de forme olivaire qu'il a fait ajouter à l'ex-

trémité de son forceps, et dont la courbure est proportionnée à la convexité formée par la hanche.

Je crois devoir observer, à l'occasion de ce forceps particulier, proposé d'abord par M. Baudelocque, et exécuté par M. Dubois, qui a été conseillé pour entraîner les fesses fortement pressées dans l'excavation, que je le regarde comme un moyen convenable pour les positions seules où les hanches répondent au côté du bassin. Il peut devenir un moyen qui donne la facilité de placer les fesses dans la direction du diamètre coccy-pubien. Si on l'applique lorsque les hanches sont situées diagonalement, cet instrument les entraîne également toutes les deux; tandis que le mécanisme de cet accouchement naturel nous apprend que, dans les positions diagonales des fesses, l'on doit tirer principalement sur celle qui est en arrière, jusqu'à ce qu'elle paroisse à la vulve. Aussi, quand on emploie les crochets mousses dans les positions diagonales des hanches, se contente-t-on, pour l'ordinaire, d'en conduire un sur le pli de l'aîne qui regarde le sacrum.

Je ne parle pas des lacs qui ont été conseillés par quelques auteurs, parce que le plus souvent leur application est impossible.

Deuxième position des fesses. S'il est indiqué d'aller chercher les pieds, on doit introduire la main droite au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, en suivant la partie postérieure des cuisses et des jambes. On se comporte comme dans la position précédente pour abaisser les pieds. Quoiqu'un accident exige de terminer l'accouchement sans délai, on doit extraire les fesses avec les doigts recourbés à la manière de crochets, ou bien avec les crochets mousses ou le forceps court, employé pour la première fois, à Vienne, par Steidele, plutôt que de les repousser pour aller prendre les pieds, si elles sont descendues dans le fond du bassin où elles sont fortement serrées, et surtout si elles ont franchi le col de la matrice.

Troisième position des fesses. Dans cette position, où le dos de l'enfant répond au pubis et la poitrine au sacrum, on peut introduire l'une ou l'autre main que l'on dirige vers la

partie postérieure du bassin, en suivant le derrière des cuisses et des jambes. Avant de saisir les pieds, on place les fesses diagonalement à l'entrée du bassin : à mesure qu'elles se dégagent, on tâche de diriger les épaules, la face diagonalement. Lorsque les fesses sont trop avancées pour être repoussées, on est souvent obligé dans cette position, où les hanches répondent aux côtés du bassin, de recourir aux crochets, que l'on applique sur chaque pli de l'aîne. C'est dans cette position, ainsi que dans la suivante, que convient plus spécialement le forceps particulier qui se trouve à l'extrémité du forceps ordinaire qu'a fait exécuter M. Dubois, soit qu'on se propose de les entraîner dans cette situation, soit qu'on préfère de les déplacer auparavant, en présentant leur plus grande largeur dans la direction du pubis au coccyx.

Quatrième position des fesses. L'une ou l'autre main est indifférente si l'on doit aller prendre les pieds. Cette position est par elle-même si défavorable, qu'il seroit peut-être plus avantageux de dégager les pieds, quoiqu'il n'existât aucun accident, et que les fesses n'eussent que le volume ordinaire. Après avoir repoussé les fesses, on porte les doigts sur une hanche, et le pouce sur l'autre : on place ensuite le dos vers l'une des fosses iliaques, suivant la main dont on a fait choix; à droite, si c'est la main droite qui opère, et à gauche si on a introduit la main gauche. Si les fesses sont trop engagées et trop serrées pour être repoussées, on s'efforce de les entraîner avec les doigts ou avec les crochets mousses, introduits dans chaque pli de l'aîne, ou au moyen d'un forceps court. A mesure qu'elles se dégagent, on tâche de diriger obliquement les épaules et la face.

TROISIÈME CLASSE.

Accouchement artificiel ou contre nature.

Les accouchemens qui ne peuvent pas se terminer sans les secours de l'art diffèrent en raison des causes qui les rendent contre nature. Ces causes peuvent tenir à un vice de conformation dans le bassin, ou à la mauvaise situation de l'enfant, ou à sa monstruosité. Dans tous ces cas, l'accouchement est essentiellement contre nature; mais l'accouchement peut ne devenir contre nature qu'accidentellement, à raison de différentes circonstances qui peuvent compliquer le travail. Il survient pendant sa durée des accidens qui ne permettent pas de l'abandonner aux soins de la nature, sans exposer la vie de la mère ou de l'enfant, et souvent des deux à la fois. Quelle que soit la région de l'enfant qui se présente, sans en excepter celle de l'occiput placée de la manière la plus favorable, et dont la présence constitue les bonnes positions par excellence, l'accouchement peut devenir contre nature à l'occasion de différens accidens dans les détails desquels je vais bientôt entrer. Quoique l'accouchement contre nature, comparé à celui qui est naturel, soit très-rare, et qu'il soit impossible de fixer leur rapport, cependant ces espèces sont très-variées.

Cette classe pourroit se diviser naturellement en deux ordres. Dans le premier, on traiteroit des accouchemens qui ne deviennent qu'accidentellement contre nature; dans le second, on exposeroit ceux qui le sont essentiellement. Parmi les accouchemens que la nature ne peut opérer seule sans un grand danger pour la mère ou pour l'enfant, les uns ne requièrent que la main d'un accoucheur instruit, tandis que d'autres exigent l'emploi de quelques instrumens. Chacun de ces ordres pourroit se subdiviser en deux sections, suivant que la main suffit pour terminer l'accouchement, ou que l'on est obligé de recourir aux instrumens, parce que l'extraction de l'enfant par les pieds n'est pas possible, ou seroit moins avantageuse.

Il m'a cependant paru que l'exposition des accouchemens qui appartiennent à cette troisième classe seroit plus facile en établissant, en sens inverse, la division que je viens de proposer. Le premier ordre comprendra les accouchemens où la main suffit pour extraire l'enfant; le second ordre, ceux qui, pour se terminer, exigent l'emploi de quelque instrument. Les accouchemens que l'on peut terminer avec la main seule sont accidentellement ou essentiellement contre nature; ce qui fournit une division naturelle de ce premier ordre en deux sections. Les accouchemens qui exigent le secours de quelque instrument pour extraire l'enfant peuvent aussi être essentiellement contre nature, ou ne le devenir que par accident. Mais cette difference ne peut pas servir de base à une classification, parce que l'indication est toujours la même, soit que ces accouchemens soient essentiellement contre nature, soit qu'ils ne le deviennent que par accident : seulement les effets qui résultent de l'application de l'instrument ne sont pas également avantageux dans l'un et l'autre cas.

Lorsque l'application de quelque instrument est indispensable, ou celui que l'on emploie peut agir sans intéresser la continuité des parties soit de la mère, soit de l'enfant, ou bien, pour que son action soit efficace, il doit entamer les parties de la mère ou de l'enfant. Cet ordre sera donc divisé en trois sections : la première section comprendra les accouchemens où l'instrument qui sert à extraire l'enfant agit sans intéresser aucune partie, ni de la mère, ni de l'enfant; la seconde section, ceux où l'instrument intéresse la continuité des parties de la mère; la troisième, ceux où l'instrument, pendant son action, divise les parties de l'enfant. Je n'établirai pas, avec M. Flamant, professeur à l'Ecole de Médecine de Strasbourg, une section particulière pour les cas où la mère et l'enfant apportent en même temps des obstacles à l'accouchement : outre que l'indication qu'elle offriroit ne seroit qu'une combinaison des deux genres précédens, il n'est peut-être point de cas où un accoucheur instruit soit forcé de diviser en même temps les parties de la mère et celles de l'enfant. Tous

les cas que je connois où l'on a eu recours à cette double section prouvent seulement l'ignorance de ceux qui l'ont pratiquée.

ORDRE PREMIER.

Accouchemens artificiels où la main suffit pour extraire l'enfant.

Les accouchemens que l'on doit terminer avec la main sont accidentellement ou essentiellement contre nature.

SECTION PREMIÈRE.

Accouchemens accidentellement contre nature.

Diverses causes peuvent rendre contre nature l'accouchement qui s'annonçoit sous les apparences les plus favorables. Il n'est personne qui ignore, quelque peu versé qu'on soit dans l'art des accouchemens, qu'il arrive souvent que le travail ne peut être confié à la nature, parce qu'il survient des accidens, quoique la tête se présente convenablement à l'orifice de la matrice, qui lui-même répond à l'axe du bassin. De quelque pénétration que soit doué l'accoucheur, il ne peut certainement pas prévoir, dès le commencement du travail, que les secours de l'art seront nécessaires, quoique la tête se présente la première, dans une direction favorable et dans un bassin bien conformé, à raison du défaut de forces, d'une hémorrhagie, et autres causes dans le détail desquelles je vais entrer.

Il importe beaucoup à l'accoucheur d'étudier les signes au moyen desquels il peut reconnoître qu'à raison de l'une de ces circonstances accidentelles, la nature ne peut pas terminer toute seule le travail sans danger, et qu'il est nécessaire que l'art vienne à son secours. Quand l'accoucheur doit opérer, il doit le faire dès le premier moment où il a reconnu cette indication : plus tôt il opère, plus il trouve de facilité, et moins il en résulte d'inconvéniens pour les deux individus.

Les accidens qui nécessitent de terminer l'accouchement sur-le-champ sont l'hémorrhagie utérine, les convulsions, les syncopes, l'épuisement de la femme, la compression du cordon ombilical; et, suivant quelques auteurs, le peu de longueur de cette anse, ou son entortillement autour du cou de l'enfant, la présence de plusieurs enfans, le resserrement de l'orifice de la matrice sur le cou de l'enfant, une hernie irréductible. J'ai déjà fait connoître les indications que présente l'obliquité de la matrice, que Deventer à rangée parmi les causes d'accouchemens contre nature.

De l'Hémorrhagie utérine.

L'hémorrhagie utérine n'est pas la seule qui puisse nécessiter la terminaison de l'accouchement par les secours de l'art; elle est seulement une de celles qui présentent plus souvent cette indication. Une hémorrhagie abondante par le nez ou par la bouche peut nécessiter les mêmes secours que celle qui a son siége dans l'utérus. Si une hémorrhagie de cette espèce survenoit pendant le travail de l'enfantement, et que les efforts auxquels se livre la femme donnassent lieu de craindre qu'elle perdît assez de sang pour en être victime avant que les contractions de la matrice n'eussent expulsé l'enfant, il seroit nécessaire de terminer l'accouchement. On fait cesser par là la pression que la matrice exerce sur l'abdomen, et que l'on peut regarder avec raison comme une cause qui aggrave cet accident, en forçant le sang, qui n'aborde que difficilement vers les parties inférieures, à refluer vers la poitrine ou la tête. Les hémorrhagies de cette espèce qui surviennent pendant le cours de la grossesse, n'exigent pas d'autres secours que ceux auxquels on auroit recours dans toute autre circonstance.

Si une femme étoit atteinte d'anévrysmes internes, comme au cœur, à l'aorte, aux carotides, aux sous-clavières, on devroit terminer l'accouchement pour prévenir une hémorrhagie mortelle; car si l'on attend que les efforts soient suffisans pour expulser le fœtus, il est à craindre qu'ils ne produisent la rupture

du sac anévrysmal : on l'a vue plusieurs fois s'opérer à l'occasion du coït, qui est accompagné d'une secousse bien moins vive. Il est donc urgent d'épargner à la femme le plus d'efforts possibles en opérant dès le premier moment où la main peut pénétrer.

Il est essentiel d'indiquer à quels signes on peut reconnoître l'existence de ces dilatations anévrysmales chez une femme en travail : ce cas est tellement urgent, qu'il ne laisse pas toujours la ressource de s'aider, pour établir ce diagnostique, des lumières de ses confrères. Quelques instans de retard dans l'administration des secours de l'art peuvent compromettre les jours de la femme. Si toutes les personnes qui exercent l'art des accouchemens étoient suffisamment instruites en médecine ; si elles avoient médité le traité précieux que M. le professeur Corvisart a publié sur ces maladies, j'omettrois ce diagnostique. Mais on ne peut pas se dissimuler que malheureusement plusieurs accoucheurs manquent des connoissances médicales qui les mettroient à même d'exercer leur art avec distinction dans tous les cas possibles, sans parler des avantages qui en résulteroient pour les femmes.

L'anévrysme du cœur se reconnoît par les changemens qu'il apporte dans l'état de la face, de la respiration, et par l'irrégularité que l'on observe dans les mouvemens du pouls. Les personnes qui en sont atteintes ont en général la figure injectée, bouffie, d'un pâle plus ou moins jaune, les lèvres gonflées et d'une couleur foncée tirant plus ou moins sur le bleu et le violet : les yeux sont humides et saillans ; la respiration est très-gênée. Les symptômes tirés de la douleur sont le plus souvent insignifians dans les anévrysmes du cœur. Quelques malades éprouvent seulement un sentiment obtus de pesanteur, une anxiété dont ils rapportent le siége sous le sternum et l'appendice xiphoïde ; d'autres sont tourmentés d'étouffemens qui augmentent au moindre mouvement, ou lorsqu'ils prennent une situation horizontale, qui est celle qui leur est le plus défavorable. Ce symptôme est très-essentiel à noter, ainsi que la nécessité où ils sont de passer des nuits entières assis sur leur séant, courbés

en devant, ne pouvant le plus souvent ni se redresser, ni s'incliner d'aucun côté. Leur sommeil est interrompu par des rêves fatigans ; ils se réveillent en sursaut.

On peut surtout reconnoître l'anévrysme du cœur par le toucher de cette région, où l'on sent des mouvemens fréquens, étendus, forts et tumultueux. La percussion de la poitrine recommandée par Avenbrugger, et dont M. Corvisart a fait une application si utile dans le diagnostique des anévrysmes du cœur, ne produit qu'un son obscur dans une grande étendue du côté gauche de la poitrine. Le pouls est, pour l'ordinaire, petit, précipité, intermittent, inégal, et offre quelquefois une différence sensible d'un côté à l'autre. Cependant, dans quelques maladies du cœur, on a vu le pouls naturel, grand et fort. M. Corvisart a aussi fréquemment démontré, par l'ouverture des cadavres, que les maladies du cœur produisent habituellement l'engorgement œdémateux des membres abdominaux ; en sorte que l'infiltration des jambes, que l'on pourroit regarder comme un accident de la grossesse, peut être un symptôme caractéristique des lésions de cet organe.

L'anévrysme de l'aorte, et surtout de la crosse, s'annonce par la gêne de la respiration et une voix sibilante produite par la compression qu'exerce l'aorte dilatée sur la trachée-artère et sur les bronches. Les anévrysmes des carotides, des sous-clavières sont sensibles au-dehors, et on aperçoit ordinairement leurs pulsations.

Je reviens maintenant aux secours à donner aux femmes dans le cas d'hémorrhagie utérine pendant la grossesse ou lors du travail de l'enfantement. On peut dire avec vérité que, de toutes les maladies qui attaquent exclusivement les personnes du sexe, l'hémorrhagie utérine qui survient pendant la grossesse, lors du travail de l'enfantement, ou à la suite de la délivrance, est une des plus effrayantes pour les spectateurs, et celle qui donne le plus promptement la mort à la femme. Je ne parlerai dans ce moment que de celle qui survient dans les deux premières circonstances, qui en aggravent tant le danger, et qui la rendent plus difficile à modérer.

Tout écoulement de sang par le vagin, chez une femme grosse, ne doit cependant pas être considéré comme une perte. L'évacuation menstruelle peut continuer chez une femme, quoiqu'elle soit enceinte, pendant les premiers mois de la gestation, quelquefois pendant toute sa durée, avec la même périodicité qu'auparavant. L'hémorrhagie utérine étant toujours dangereuse pour la mère et l'enfant, le flux menstruel qui continue durant la grossesse étant sans inconvéniens, il seroit bien essentiel de pouvoir juger auquel de ces deux états on a à remédier. Quoique plusieurs auteurs pensent qu'il est facile de distinguer une perte du vrai flux menstruel, ce diagnostique est cependant difficile à établir et le plus souvent incertain. Depuis Mauriceau, on pense que l'on peut tirer des lumières de l'état de l'orifice de la matrice, que l'on dit être fermé dans l'écoulement produit par les menstrues, tandis que dans une perte qui dépend du décollement du placenta, il est ramolli et dilaté. L'état de l'orifice de la matrice ne peut rien apprendre de certain; car, après s'être dilaté pour donner issue au sang, et même pour le passage d'un ou plusieurs caillots, il peut se resserrer en vertu de l'action qui lui est propre. Si le sang fourni par une perte est fluide, il peut s'écouler au-dehors sans qu'il existe une dilatation sensible de l'orifice que l'on puisse reconnoître par le moyen du doigt. Si le sang des règles qui surviennent à une époque quelconque de la grossesse étoit fourni par la matrice, il exigeroit pour sa sortie le même degré de dilatation que s'il étoit produit par le décollement d'une portion du placenta, pourvu que ce dernier s'écoulât pendant qu'il conserve encore sa fluidité. Or, il n'est pas encore prouvé que, lorsque les règles continuent après l'imprégnation, le sang parte toujours des vaisseaux du vagin. Cependant, toutes les fois que l'orifice est beaucoup plus ouvert qu'il ne doit l'être, on ne peut pas douter que la dilatation n'ait été opérée par les contractions de la matrice, et que le sang qui paroît au-dehors ne suppose un décollement du placenta.

Suivant plusieurs auteurs, l'absence ou la présence des douleurs pendant l'écoulement est encore un signe certain pour

distinguer l'hémorrhagie de l'utérus de l'évacuation menstruelle, parce que, dans cette dernière, il n'existe pas de douleurs, tandis que la perte utérine est toujours accompagnée de douleurs plus ou moins vives. Si les choses se passent ainsi le plus communément, il peut cependant arriver que le flux menstruel, lorsqu'il a lieu pendant la grossesse, soit précédé et accompagné de coliques, de douleurs des reins et des lombes, comme on le voit souvent chez celles qui ne sont pas enceintes. Neanmoins, lorsque le flux se fait sans trouble, qu'il est modéré, qu'il vient dans la période où les règles auroient coulé sans l'état de grossesse, qu'il s'annonce plusieurs fois à des époques régulières, on doit le considérer comme l'écoulement des règles. Au contraire, si le sang paroît subitement et en grande quantité, à une époque où la femme n'attend pas ses règles; si l'écoulement est accompagné d'éréthisme; s'il a été précédé d'une cause dont l'action ait pu décoller le placenta, c'est une véritable hémorrhagie. Les circonstances où se trouve la femme peuvent donc plus éclairer que l'état de l'orifice de la matrice.

Quand une femme est réglée pendant sa grossesse, il faut examiner si cet écoulement tient à une surabondance de sang, à la vigueur de la constitution, comme cela peut arriver chez une femme robuste, ou bien à un état de foiblesse. Chez une femme jeune, pléthorique, l'évacuation menstruelle ne doit pas être regardée comme une maladie; loin de nuire, elle est utile à la femme, et assure les jours de l'enfant, en prévenant l'engorgement du placenta. On voit chaque jour des femmes qui ont été réglées tout le temps de la grossesse, mettre au monde des enfans bien constitués et bien portans. Doit-on, comme Mauriceau en a donné le conseil, pratiquer une saignée pour détruire la pléthore, plutôt que de confier à la nature le soin de se débarrasser de la quantité de sang qui est surabondante ? Cette évacuation chez les femmes pléthoriques etant avantageuse pour la mère et pour l'enfant, il me paroît plus sage de la respecter et de s'abstenir de la saignée, qui seroit en pure perte si le flux dépendoit plutôt d'un excès de susceptibilité de l'utérus que de la vigueur de la constitution. Cette

règle de conduite doit encore paroître mieux fondée à ceux qui, comme Mauriceau, accordent que le sang est fourni par le vagin ; car les vaisseaux de cette partie peuvent, sans aucun inconvénient, livrer passage au sang.

Mais si les menstrues surviennent chez des femmes foibles, qui voyoient peu avant la grossesse, cet écoulement peut les exposer à avorter. C'est à ces dernières femmes seulement que l'on peut appliquer l'aphorisme 60e de la section v d'Hippocrate : *Si mulieri utero gerenti purgationes multæ eant, fœtus ut bene valeat fieri non potest.* Ces sortes de femmes doivent rester au lit lorsqu'elles sont réglées, s'abstenir entièrement du coït, éviter soigneusement la colère et toutes les passions de l'ame qui occasionneroient une agitation propre à augmenter l'écoulement ; on doit les mettre à un régime fortifiant. Si la femme foible est en même temps très-irritable, on emploiera avec avantage les anti-spasmodiques.

L'hémorrhagie utérine peut survenir aux femmes enceintes dans tous les temps de la grossesse indistinctement ; elles y sont cependant plus sujettes vers le commencement et à la fin de la gestation. La plupart des auteurs font dépendre la cause de cette hémorrhagie du décollement incomplet du placenta ; en sorte qu'ils rangent, parmi les causes propres à la produire, toutes celles qui sont de nature à provoquer l'avortement, en détruisant en partie l'adhérence du placenta et des membranes avec la surface interne de la matrice. Pasta soutient cependant que toute hémorrhagie qui survient pendant la grossesse, sans produire l'avortement, ne dépend pas du décollement d'une portion du placenta ; il regarde l'avortement comme nécessaire toutes les fois que ce décollement a lieu, parce qu'il lui paroît impossible que l'hémorrhagie se suspende ; il n'admet pas qu'un caillot de sang puisse boucher l'orifice des vaisseaux rompus, comme l'a énoncé Puzos. Ce praticien peut s'être trompé dans l'explication qu'il a donnée sur le mode qu'emploie la nature pour suspendre, dans ce cas, l'hémorrhagie ; mais l'opinion de cet auteur, qui attribue les pertes utérines au décollement d'une partie du placenta, me semble être prouvée avec

assez d'évidence par le sang coagulé que l'on observe toujours dans quelques points de la face utérine du placenta, lorsque les femmes ont éprouvé des pertes avant l'accouchement.

Le danger qui accompagne les pertes est d'autant plus grand que le terme de la grossesse est plus avancé. Le développement des vaisseaux étant plus considérable, il doit s'écouler plus de sang dans un temps égal, et il est plus difficile de modérer la perte. Mauriceau, Puzos et, avec eux, le plus grand nombre des accoucheurs, pensent que les pertes qui arrivent dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse sont rarement mortelles, et que l'on vient souvent à bout de les arrêter; mais que celles qui arrivent dans les trois derniers mois sont souvent funestes à la mère et à l'enfant. M. le professeur Alphonse-Leroy a émis, dans ses leçons sur les pertes de sang dans le cas de fausse couche, une opinion entièrement opposée à celle de ces accoucheurs; il prétend que les pertes sont d'autant plus fâcheuses, que l'avortement se rapproche davantage du moment de la conception. On peut en quelque sorte concilier ces deux opinions, qui ont chacune des phénomènes qui militent en leur faveur, suivant la manière dont on considère ces hémorrhagies.

Les pertes sont plus communes dans les trois premiers mois; l'extraction du placenta est bien plus difficile, et le plus souvent l'art manque de moyens pour opérer la délivrance, parce que le cordon ombilical se rompt aisément, et que l'on ne peut pas introduire la main à cause de l'étroitesse des parties génitales et du peu de dilatation de l'orifice, qui admet à peine l'introduction d'un doigt. L'hémorrhagie doit donc durer plus long-temps, puisqu'elle est entretenue par la présence d'un corps étranger dans la matrice; tant qu'elle ne sera pas débarrassée complètement du placenta, on ne peut pas attendre la cessation de la perte. Ces phénomènes prouvent que les hémorrhagies qui surviennent dans les premiers mois sont toujours dangereuses. Mais les pertes, quoique plus fréquentes et plus rebelles dans les avortemens des trois premiers mois, ne sont cependant pas si fatales; malgré la continuité de l'écoulement

jusqu'après la sortie totale du corps qui, par sa présence, en prolonge la durée, elles ne causent cependant pas ordinairement la mort à la femme si elle est secourue à propos, parce qu'elles sont bien moins abondantes qu'à une époque plus avancée de la grossesse. Elle perd moins de sang en plusieurs jours qu'il ne s'en écoule quelquefois en quelques instans vers la fin de la grossesse.

M. le professeur Alphonse-Leroy regarde l'avortement des trois premiers mois comme plus dangereux, parce qu'à cette époque la délivrance ne peut pas s'opérer sans qu'il ne survienne une déchirure de la face interne de la matrice. Le placenta, dit-il, fait alors partie de l'utérus. J'ai fait voir ailleurs, d'une part, que la caduque utérine ne pouvoit pas être considérée comme une exfoliation de l'épiderme de la muqueuse utérine, ainsi que l'avoit d'abord pensé Hunter; d'une autre part, que dans aucun temps il n'existe d'anastomoses entre les vaisseaux du placenta et ceux de l'utérus, ce qui devroit nécessairement avoir lieu si la délivrance ne pouvoit pas s'opérer dans les premiers mois sans produire une déchirure de la face interne de la matrice.

Les pertes qui peuvent survenir pendant la grossesse sont de deux espèces : elles sont apparentes lorsque le sang paroît au-dehors; on dit qu'elles sont cachées ou internes lorsque le sang épanché est retenu dans la cavité de la matrice; ce qui peut arriver, ou par le resserrement naturel du col, dont les contractions de la matrice n'ont pas encore opéré la dilatation, ou parce que le placenta, décollé dans son centre, est encore adhérent par tous ses bords avec la matrice. L'adhérence seule des membranes avec la matrice qui n'est pas détruite, quoique le placenta soit détaché sur un de ses bords, peut donner lieu au même phénomène. Lamotte, Levret et M. Baudelocque citent des exemples où la rupture du cordon ombilical avoit donné lieu à une perte interne. Dans cette circonstance d'épanchement intérieur, le sang étant contenu dans une poche, la perte ne peut se manifester qu'après la rupture des membranes, et au moment de l'écoulement des eaux, quoique les contractions de la matrice soient très-fortes.

On conçoit facilement comment le sang peut être retenu dans la matrice si les membranes conservent encore leur adhérence, ou si le col est entièrement fermé; mais il est bien plus difficile de concevoir comment il peut s'y amasser après l'évacuation des eaux et lorsque le col est dilaté. Or, les observations que le docteur Balme a communiquées par la voie du Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, prouvent qu'il peut se former une hémorrhagie interne dans ces circonstances. M. Baudelocque en avoit déjà cité deux observations dans son ouvrage, avant que M. Balme eût réveillé l'attention des praticiens sur ces pertes cachées pendant le travail de l'enfantement, qui font toujours courir à la mère et à l'enfant le plus grand danger. On trouve dans Mauriceau deux observations d'hémorrhagies utérines cachées. Levret parle, dans la trente-cinquième observation, d'une hémorrhagie de cette espèce. On peut consulter le mémoire intéressant que M. Baudelocque a présenté sur ce sujet à la Société de Médecine. (*Recueil périodique*, t. III, p. 1 et suiv.)

C'est à ce célèbre professeur qu'il étoit réservé d'en établir l'existence d'une manière non équivoque, et d'indiquer les signes qui l'annoncent.

On peut expliquer comment le sang est retenu dans l'utérus, quoique l'orifice soit ouvert, par ce qui arrive dans l'accouchement ordinaire. On doit se rappeler que j'ai dit, dans une autre circonstance, que lorsque la tête est volumineuse, elle vient quelquefois s'appliquer sur l'orifice de la matrice, assez exactement pour retenir derrière elle la plus grande partie des eaux de l'amnios, quoique la poche qui les renferme ne se rupture que dans le moment où le travail est dans toute sa force; ou bien, si l'orifice est déjà dilaté de manière à pouvoir recevoir la tête, elle s'y engage, et le ferme assez exactement pour s'opposer à l'issue du liquide. Dans le premier cas, s'il coule encore des eaux après celles qui se sont échappées au moment de la rupture, ce n'est qu'au commencement et à la fin de chaque douleur. Lorsque l'orifice est assez ouvert, comme dans le second cas, pour que la tête puisse s'y engager de plus en plus pendant les

contractions de la matrice, il ne peut plus couler d'eau jusqu'à ce qu'elle ait franchi l'orifice, et quelquefois même jusqu'après la sortie de la totalité du fœtus. C'est par un mécanisme semblable que le sang est retenu dans la cavité de la matrice pendant le travail, et même après l'évacuation des eaux.

Ces épanchemens intérieurs peuvent se faire soit graduellement, soit tout-à-coup. Dans le premier cas, il est plus aisé de concevoir comment la matrice, qui est déjà distendue par le produit de la conception, peut céder encore. L'extension de la matrice s'opère alors de la même manière que celle que l'on observe dans les grossesses composées, ou lorsqu'il existe une très-grande quantité d'eau.

La perte interne est bien plus dangereuse, parce qu'elle peut être méconnue assez long-temps pour que l'épanchement devienne assez considérable pour exposer la mère et l'enfant à périr. M. Baudelocque en cite deux exemples dans son Mémoire sur les Pertes internes. L'hémorrhagie interne a des suites plus ou moins fâcheuses, quoique la quantité de sang soit la même, suivant qu'elle s'est échappée rapidement, ou que l'épanchement s'est fait avec lenteur. Lorsque la perte se fait lentement, il peut s'accumuler une quantité de sang prodigieuse, sans que la femme éprouve de défaillances, et sans que sa santé en soit altérée. On ne soupçonne guère cet accident, s'il arrive subitement, que lorsque la foiblesse de la femme, la pâleur et l'altération de son visage, des syncopes très-fréquentes, portent l'accoucheur à examiner la matrice. Le développement considérable qu'a acquis ce viscère en peu de temps, est un signe que le sang en s'épanchant a produit cette tuméfaction du ventre. On ne peut cependant pas le considérer, pris isolément, comme un signe pathognomonique d'une hémorrhagie interne. L'air qui se dégage des corps qui se putréfient dans la matrice peut donner lieu à un développement égal de sa cavité. M. le professeur Baudelocque a été témoin de plusieurs exemples de cette espèce. Dès que l'orifice fut ouvert, l'air s'échappa avec bruit Lorsque la distension est très-considérable, soit qu'elle soit produite par l'accumulation du sang, soit par

un fluide élastique, elle ne tarde pas à solliciter l'action expulsive de la matrice. La dilatation du col qu'ont opérée les douleurs de l'enfantement permet aux caillots de sang de paroître au dehors, ou aux fluides élastiques de s'échapper.

Dès que les parois de la matrice peuvent être distendues outre mesure par des corps de nature différente, le volume énorme de la matrice, dont le corps est plus ferme, plus tendu que dans l'état ordinaire, la rapidité de son développement, ne sont pas des signes infaillibles que ces changemens sont produits par l'accumulation du sang; il faut encore avoir égard à la foiblesse du pouls, à la décomposition de la face: la foiblesse des douleurs, les défaillances de la malade, pourroient être produites par d'autres causes. La femme se plaint en outre de tintemens d'oreilles et d'obscurcissement de la vue, d'une douleur sourde et profonde vers le fond de la matrice avec un sentiment de pesanteur. L'épanchement commence au moment où ces douleurs sourdes se font sentir. La perte interne qui dépendroit de la rupture du cordon ombilical ou de quelques-unes de ses branches, ne présenteroit pas cette douleur sourde et fixe dans le fond de l'utérus.

Quoique le danger d'une perte cachée soit plus grand que celui d'une perte apparente, elle ne présente cependant pas d'autre indication: l'une et l'autre ne peuvent s'arrêter qu'autant que la matrice se contracte, et resserre, en revenant sur elle-même, l'orifice des vaisseaux qui fournissent le sang. La conduite que doit tenir l'accoucheur, dans le cas de perte, doit varier suivant le temps où elle se manifeste, et selon son intensité. Si l'hémorrhagie ne fait que commencer, ou, quoiqu'elle dure déjà depuis quelque temps, si l'on estime qu'il est encore possible de l'arrêter par des moyens doux, sans faire courir de danger à la femme, en temporisant, on doit employer sur-le-champ les remèdes les plus prompts. L'expérience journalière prouve que l'on réussit souvent à calmer l'hémorrhagie, soit qu'elle soit produite par le décollement d'une portion du placenta, comme le prétendent, d'après Puzos, presque tous les accoucheurs, soit par une

simple augmentation des propriétés vitales de l'utérus dans le lieu où le placenta n'a pas pris d'adhérences, comme le veut Pasta.

Le médecin ne sauroit apporter trop d'attention dans le choix des moyens propres à remédier à l'hémorrhagie utérine ; car ils doivent varier suivant les causes qui y donnent lieu, et suivant son intensité ; mais il existe certaines précautions applicables à tous les cas de perte, que je vais d'abord indiquer.

On donnera à la femme une position horizontale, en ayant l'attention d'élever un peu plus le bassin que le tronc. Les matelas seront de crin. On doit choisir une chambre vaste, où l'on renouvellera fréquemment l'air pour le rafraîchir. Dans les saisons chaudes, on pourroit, comme Hippocrate, et surtout Moschion, le prescrivent dans ce cas, arroser la chambre, et y entretenir des branches d'arbre fraîches, que l'on humecte de temps en temps avec de l'eau. La malade sera médiocrement couverte ; car l'expérience apprend qu'en rappelant trop promptement la chaleur, on s'expose à voir la perte, qui s'étoit modérée par l'action du froid, se renouveler avec violence. On doit appliquer sur le bas-ventre, sur les cuisses et les parties de la génération, des linges imbibés d'eau froide, qu'on renouvellera fréquemment, suivant le précepte de Moschion. On peut encore arroser la figure de la femme avec de l'eau froide, que l'on y jette en manière d'aspersion avec les doigts. Quelques praticiens ont même conseillé, dans les cas extrêmes, de verser des seaux d'eau glacée sur tout le corps. Dans certains pays, on place la femme sur le carreau, ou on la roule dans des draps trempés dans l'eau froide. Ces pratiques me paroissent plutôt convenir dans les hémorrhagies qui surviennent après la délivrance. Des auteurs redoutent chez les femmes grosses l'impression subite qui résulteroit de ces aspersions générales.

Il est avantageux d'entretenir dans la chambre un peu d'obscurité : une lumière trop vive trouble la tranquillité qui est nécessaire à la femme. On doit recommander aux personnes qui

sont chargées du service, de le faire sans bruit, et d'observer le plus grand silence. Le calme de l'âme n'est pas moins nécessaire à la femme que le repos du corps, surtout lorsque la perte a été occasionnée par des passions violentes ou par des affections morales très-vives.

On doit éviter à la femme les efforts qu'elle pourroit faire en allant à la garde-robe, parce qu'ils augmenteroient l'hémorrhagie, en lui tenant le ventre libre par des lavemens, ou par des laxatifs si les clystères ne suffisent pas pour remédier à la constipation.

Il survient quelquefois de légères défaillances, quoique la femme ait perdu peu de sang. L'usage où l'on est ordinairement de chercher à ranimer l'énergie vitale, en portant sous le nez de l'ammoniaque, en faisant avaler des liqueurs spiritueuses, est une pratique pernicieuse, parce que le ralentissement de la circulation qui accompagne cet état est un moyen propre à suspendre l'hémorrhagie. On doit se borner à l'action de l'air froid, à l'aspersion de l'eau froide sur la figure, et autres moyens doux pour ranimer la malade.

La saignée, qui est recommandée sans distinction par quelques auteurs, ne convient pas dans tous les cas de perte : avant de prescrire la saignée dans l'hémorrhagie utérine qui survient pendant la grossesse, il faut examiner, comme je l'ai dit à l'occasion de l'écoulement immodéré des règles, si elle est active, passive ou spasmodique. La saignée ne convient que dans les pertes qui dépendent d'un état de pléthore; mais assez souvent cet accident arrive aux femmes d'une constitution foible et irritable : dans ce cas, on doit employer, au début même de l'hémorrhagie, un régime fortifiant, des anti-spasmodiques. L'opium est utile dans les hémorrhagies produites par un état de spasme. C'est dans ce dernier cas que les bains peuvent convenir pour modérer les hémorrhagies. Pour ne pas me répéter, je dois renvoyer le lecteur à l'article *ménorrhagie*. Les vues que j'ai présentées sur les indications curatives de cette espèce d'hémorrhagie sont également applicables à celles qui surviennent dans toute autre circonstance.

Lorsqu'une femme grosse, atteinte d'hémorrhagie utérine, éprouve dans la région hypogastrique, aux aînes, aux cuisses, des douleurs qui sont l'indice d'une irritation locale, sans aucune apparence d'un tempérament pléthorique, l'application des sangsues à la vulve ne seroit-elle pas préférable à la saignée du bras?

Les boissons acidulées avec les sirops de limon, de vinaigre, de groseille, ou bien avec les sucs de citron, d'orange, sont celles qui conviennent lorsque l'hémorrhagie est active. L'eau de riz convient comme boisson délayante, et non parce qu'elle jouit d'une qualité styptique, comme le pensent plusieurs auteurs. Les boissons doivent être toniques si l'hémorrhagie est passive; les anti-spasmodiques sont indiqués si on doit la considérer comme spasmodique.

Les injections astringentes portées dans l'utérus, qui ont été conseillées par Pasta, et plus récemment encore par le docteur Kok de Bruxelles, dans un mémoire sur les pertes utérines pendant la grossesse, seroient sans effet et quelquefois nuisibles. Ces injections avec le vinaigre ou une dissolution de sulfate acidule d'alumine et de potasse ne parviendroient pas toujours dans l'intérieur de ce viscère, parce qu'assez souvent le col est resserré. Dans les cas où elles pourroient pénétrer, elles arriveroient rarement jusque vers le lieu d'où le sang coule : le fœtus, les membranes qui sont à l'orifice s'y opposeroient. Si elles parvenoient sur le lieu qui fournit le sang, elles pourroient détacher un caillot qui commençoit à se former, et augmenter le décollement du placenta et des membranes en s'interposant entre eux et les parois de la matrice. Les injections astringentes ne peuvent être utiles qu'après l'accouchement.

Les ligatures des extrémités inférieures que Moschion conseille pour y retenir le sang, sont au moins inutiles, si elles ne sont pas dangereuses, en gênant le cours du sang dans les artères crurales et sciatiques, et en le forçant à refluer dans les artères pelviennes qui fournissent à la matrice ses fluides. Une observation d'Hamilton semble prouver que les ligatures des extrémi-

tés inférieures seroient plus propres à augmenter l'hémorrhagie qu'à la diminuer. Il rapporte avoir remédié à une suppression des règles occasionnée par le froid, en appliquant des compresses longitudinales sur le trajet de l'artère crurale, qu'il serra au moyen d'un tourniquet.

Les hémorrhagies utérines qui surviennent aux femmes qui ont employé des emménagogues très-actifs pour se faire avorter, sont les plus dangereuses. On peut appliquer plus rigoureusement encore à ces dernières ce que Boerhaave a dit avec raison de toutes les hémorrhagies utérines, qu'elles sont les maladies les plus dangereuses de la grossesse. On a souvent à redouter l'inflammation de la matrice ; on a à remédier à l'éréthisme général qu'ont produit ces moyens incendiaires.

Si l'on est venu à bout de suspendre la perte par les moyens que je viens d'indiquer, il faut obliger la malade à garder pendant long-temps la situation horizontale, et la prévenir qu'elle est sujette à reparoître, au moindre mouvement, d'une manière plus abondante, quoiqu'elle ait déjà cessé depuis plusieurs jours : ce prognostic la rendra plus exacte à observer les prescriptions qu'on lui aura faites pour en prévenir la récidive, comme de s'abstenir du coït, de la danse, pendant le reste de la grossesse.

Peut-on, par l'usage du tampon employé dès l'invasion de l'hémorrhagie chez une femme enceinte, espérer de prévenir l'avortement, lorsque le décollement du placenta est peu considérable ? Doit-on imiter Smellie et Pasta, qui disent avoir conservé la grossesse en remplissant le vagin d'étoupes ou de charpie trempée dans des liqueurs styptiques ? En un mot, le tampon peut-il être compté parmi les premiers moyens qui conviennent pour arrêter les hémorrhagies qui surviennent pendant la durée de la gestation, tant que l'on peut conserver quelque espoir d'éviter l'avortement (1) ?

---

(1) Parmi les moyens curatifs conseillés par les accoucheurs dans les hémorrhagies utérines qui surviennent pendant la grossesse, lors du travail de

Le tampon ne doit pas être compté parmi les ressources que l'art peut offrir pour calmer une hémorrhagie utérine, tant que l'on estime qu'il est encore possible de prévenir l'avortement. Je crois qu'avant d'introduire le tampon, il est prudent d'employer les moyens ordinaires adaptés à la nature de l'hémorrhagie. Il paroît même que Leroux de Dijon, qui a tant recommandé l'usage du tampon dans les pertes, tenoit la même conduite, et qu'il ne recouroit au tampon qu'après avoir employé inutilement les moyens ordinaires. En effet, le tampon, en retenant dans la matrice le sang qui doit s'écouler, distend cet organe, et forme un caillot qui peut augmenter le décollement des membranes et du placenta, en s'interposant entre eux et la surface interne de ce viscère. Ce caillot, qui est un corps étranger, irrite la matrice par sa présence, et peut en solliciter les contractions, quelque peu volumineux qu'il soit, de même qu'une très-petite portion du placenta restée dans la matrice suffit pour solliciter les contractions de cet organe. Un corps étranger formé dans la matrice pendant la grossesse, doit agir de la même manière sur ce viscère que le feroit un corps de même nature et de même volume qui séjourneroit dans cet organe quelque temps après l'accouchement. Or, il n'est point d'accoucheur, quelque peu versé qu'il soit dans la pratique, qui ne sache et n'ait appris par sa propre expérience, que toutes les fois qu'un corps quelconque

l'enfantement, ou à la suite de la délivrance, circonstances qui en aggravent le danger et les rendent plus difficiles à modérer, il n'en est aucun qui me paroisse plus susceptible de nouvelles recherches que l'emploi du tampon, et sur lequel il soit plus important de fixer l'irrésolution des jeunes praticiens, vu la diversité d'opinion des auteurs qui ont traité de son usage dans les hémorrhagies des femmes grosses, en travail, ou récemment accouchées. Depuis Hoffmann et Smellie, qui sont les inventeurs du tampon, on voit qu'il y a des auteurs qui le croient applicable à tous les cas d'hémorrhagie utérine; d'autres, au contraire, probablement déterminés par les accidens auxquels il aura donné lieu, lorsqu'il a été employé indistinctement dans tous les cas d'hémorrhagie utérine, l'ont totalement rejeté. Ces opinions contradictoires sont trop générales; il y a des cas où le tampon peut être fort utile, et d'autres où il seroit nuisible.

est retenu dans la matrice à la suite des couches, il produit, en s'opposant au retour de cet organe sur lui-même, une hémorrhagie qu'on ne peut faire cesser que par l'expulsion de ce même corps, faite au moyen de la main, lorsque la matrice n'a pas assez d'énergie pour le chasser. Leroux lui-même convient que les caillots retenus dans la matrice après la délivrance, sont une cause d'hémorrhagie que l'on ne peut faire cesser qu'en débarrassant la matrice. Il est donc évident que le tampon qui, en retenant le sang dans la matrice, distend cet organe et l'irrite, ne peut jamais devenir un moyen propre à prévenir l'avortement, lors même qu'il pourroit suspendre momentanément la perte.

Le tampon conviendroit encore moins pour modérer une hémorrhagie également intense, si le décollement du placenta provenoit d'une disposition particulière de l'économie qui déterminât une plus grande quantité de sang à se porter vers l'utérus, et à y occasionner une congestion locale qui détruisît l'adhésion des secondines. Pour obtenir la cessation de cette hémorrhagie, il faudroit remédier à l'irritation de la partie qui y attire les fluides; il faudroit modérer cette excitation des propriétés vitales de l'utérus. Or, le tampon, qui agit comme un stimulant direct et sympathique, loin de remédier à cet état, ne feroit que l'aggraver.

Si le tampon ne peut pas être rangé parmi les premiers moyens qui conviennent pour arrêter les hémorrhagies, parce que probablement il troubleroit la grossesse plutôt que de la conserver, je ferai voir qu'il doit être préféré à la méthode de Puzos, lorsque les moyens doux indiqués par les praticiens dans ces cas sont insuffisans.

Si, malgré l'emploi des moyens simples dont j'ai parlé, la perte continue et devient assez abondante pour affoiblir la femme, et pour faire craindre pour ses jours, doit-on alors recourir à l'accouchement forcé, comme le pratiquoient les anciens, qui avoient reconnu que la mère et l'enfant couroient des risques de périr si on ne remédioit pas à la lenteur de l'accouchement? Astruc attribue l'honneur de l'invention de

ce précepte à une accoucheuse française nommée *Louise Bourgeois*, dite *Boursier*, qui le décrivit dans un traité particulier (1). Cette méthode fut adoptée ensuite par tous les accoucheurs. Par accouchement forcé, les anciens n'entendoient que celui où l'on va chercher les pieds. Je prends ici ce mot dans un sens plus étendu. Je désigne par là tout accouchement où l'art devient nécessaire, soit que la main suffise ou qu'il faille recourir au forceps. En reconnoissant avec les anciens la nécessité d'extraire l'enfant plus promptement que la matrice ne le chasseroit, j'établis, comme Puzos, que l'accouchement par l'art, quoique indispensable, ne doit cependant pas être brusqué.

Avant de déterminer quelle est la méthode qui mérite la préférence, je crois important de fixer le moment de procéder à l'extraction de l'enfant, parce qu'il seroit dangereux de la confier aux contractions de la matrice. Tous les praticiens sont d'accord que l'extraction de l'enfant étant une ressource extrême, on ne doit y recourir qu'autant que la perte est assez considérable pour exposer la femme à périr. Mais ils se partagent d'opinion lorsqu'ils cherchent à déterminer l'instant le plus favorable pour remplir cette indication. Les uns veulent qu'on extraie l'enfant dès que la femme commence à éprouver de légères défaillances; d'autres, au contraire, conseillent d'attendre que les convulsions surviennent avant d'entreprendre son extraction.

Les premiers s'exposent à introduire la main dans des cas où la femme auroit pu se délivrer toute seule sans inconvéniens; car les défaillances arrivent chez plusieurs femmes sans qu'elles aient perdu beaucoup de sang. Quelquefois une saignée, le plus léger trouble suffisent pour faire tomber des femmes en syncope : s'il existe des contractions qui dilatent graduellement l'orifice de l'utérus, il faut attendre que la femme perde ses couleurs, que le pouls s'affoiblisse; mais il ne faut

(1) Traité sur la Stérilité, Perte de fruit, Fécondité, Accouchement et Maladies des femmes. (LOUISE BOURGEOIS, 1707.)

pas donner dans un excès opposé qui seroit encore plus funeste à la femme, en n'opérant que lorsque le nez, la face et les membres sont déjà froids, et que la foiblesse est si considérable, que les sens de la vue, de l'ouïe, de la voix, paroissent entièrement éteints, et qu'elle ne peut plus soulever la tête de dessus son oreiller. Il ne faut pas attendre qu'il existe tintement d'oreille, obscurcissement de la vue, sueur froide sur toute la surface du corps. Comme on voit périr le plus grand nombre des femmes qui ont éprouvé ces symptômes fâcheux, on ne doit pas attendre si long-temps pour les secourir par l'extraction du fœtus. Cependant, quelque effrayant que soit leur état, comme quelques femmes qui avoient éprouvé ces accidens ont été sauvées en les secourant à propos, on ne doit jamais, dans la crainte de compromettre sa réputation dans un cas où le succès est si douteux, négliger de leur administrer les secours de l'art. L'opinion de ceux qui pensent que l'on ne doit rien tenter lorsqu'il y a des signes de mort prochaine, comme hoquets, abolition des sens internes et externes, est d'autant moins fondée, que l'expérience apprend que l'on pourroit au moins sauver l'enfant, qui survit quelquefois à sa mère, et que plus on diffère la délivrance, plus on lui fait courir de danger.

Les praticiens qui n'agissent que lorsque les convulsions accompagnent l'hémorrhagie utérine, courent risque de voir expirer les femmes avant l'opération : car il en est qui ne les éprouvent que lorsqu'elles ont perdu presque tout leur sang. Il est même des femmes qui expirent sans qu'elles surviennent. On voit quelquefois les convulsions se manifester quoique la perte soit légère; en sorte que les convulsions même qui accompagnent l'hémorrhagie utérine ne présentent pas toujours l'indication de procéder à l'extraction du fœtus. Les accidens qui compliquent les convulsions doivent plus guider que les convulsions. On ne doit pas terminer l'accouchement tant que le visage de la femme ne se décolore pas, que le pouls, la vue, l'ouïe, la voix, ont éprouvé peu d'altération.

Lorsque la perte ne cède pas aux moyens doux que j'ai indi-

qués, et que l'on a reconnu que le moment de terminer l'accouchement, qui est alors de nécessité, est arrivé, on doit, comme Puzos, adopter une méthode qui se rapproche davantage de la lenteur de l'accouchement naturel que celle des anciens, qui, voyant la femme en danger de perdre la vie, dilatoient le col de la matrice avec violence pour extraire l'enfant. L'observation conduisit Puzos à proposer aux praticiens, lorsque les accidens exigeoient de terminer sur-le-champ, une méthode qui tient, pour ainsi dire, le milieu entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé. Il avoit remarqué que les femmes qui avoient des pertes au moment de l'accouchement, perdoient beaucoup moins de sang lorsque les douleurs étoient fortes que lorsqu'elles étoient foibles; il en tira cette conclusion naturelle qui a tant contribué au perfectionnement de l'art, qu'au lieu de recourir à l'accouchement forcé, il seroit plus avantageux de rappeler les douleurs que la foiblesse, qui est la suite ordinaire des pertes, a rendu languissantes ou a fait disparoître entièrement.

Pour exciter les douleurs, Puzos porte de temps en temps un ou plusieurs doigts dans l'orifice pour en écarter les bords graduellement, pendant qu'il pratique des frictions sur le bas-ventre. Lorsque ces moyens ont fait naître des douleurs, en réveillant l'action de la matrice, la poche des eaux se forme. Si la perte continue encore, on doit la rompre dès qu'elle est suffisamment formée : en faisant écouler les eaux, on facilite la réduction de la matrice sur elle-même, parce qu'on éloigne un des obstacles qui s'opposoient au resserrement de ses fibres et au rapprochement de ses parois; en sorte que, quoique les forces contractiles de la matrice ne soient pas augmentées, ce viscère se resserre davantage sur lui-même.

L'utilité qui devoit résulter de la méthode proposée par Puzos étoit si évidente, qu'elle fut adoptée par tous les praticiens, qui virent que, dans les cas même où l'on seroit obligé de terminer l'accouchement, cette opération seroit moins douloureuse pour la femme, et accompagnée de moins de danger, parce que l'orifice seroit plus souple et plus dilaté.

Puzos mérite d'être regardé comme l'inventeur de cette méthode, quoiqu'il en soit fait mention dans Mauriceau, ainsi que l'a déjà fait remarquer Leroux de Dijon, et que Dionis l'ait indiquée d'après lui. Mauriceau (chap. XXVIII, tom. 1, pag. 334) donne non-seulement le précepte de percer les membranes, mais encore il explique la manière dont l'hémorrhagie s'arrête : les vaisseaux même de la matrice, dit-il, qui étoient ouverts, se bouchent par la contraction de sa propre substance, aussitôt que les eaux qui la tenoient étendue s'en sont écoulées. Enfin, ce précepte lui a paru si important, qu'il l'a rappelé dans le 54e des aphorismes qui se trouvent à la fin de son ouvrage.

Si l'on ne peut pas attribuer à Puzos la découverte de cette méthode, du moins est-il certain qu'il est le premier qui ait fixé d'une manière spéciale l'attention des accoucheurs sur cette pratique, et qui en ait appuyé la théorie d'observations concluantes; le premier, il a fait sentir les avantages qui résultent pour la mère de se rapprocher le plus possible de la marche de la nature dans l'accouchement naturel, lorsque les secours de l'art deviennent nécessaires; il prouva aux praticiens, par la raison et l'expérience, que dans l'accouchement forcé, tel que le pratiquoient les anciens, il devoit périr beaucoup plus de femmes que dans l'accouchement naturel.

En effet, dans l'accouchement forcé, sans attendre les contractions de l'utérus, on achève avec la main la dilatation commencée par la perte pour pénétrer dans cet organe, et en retirer l'enfant et ses dépendances le plus promptement possible. Le vide subit que l'on opère jette la matrice dans un état de stupeur qui s'oppose à son retour sur elle-même, et favorise la perte au lieu de la modérer. Dans l'accouchement forcé, on ne communique aucune force à la matrice pour revenir sur elle-même; l'expérience apprend au contraire qu'en la désemplissant aussi subitement, loin de la mettre à même de se contracter d'une manière efficace, on l'expose à tomber dans un état d'inertie encore plus considérable. Si aux inconvéniens du côté de la mère, on surajoute les dangers que court l'enfant en ve-

nant par les pieds, on ne doit pas être surpris que les praticiens aient reçu avec enthousiasme la méthode proposée par Puzos. L'on doit des éloges à cet auteur pour avoir substitué une pratique raisonnée à la routine que suivoient auparavant la plupart des accoucheurs dans le cas de perte abondante.

La méthode de Puzos, qui consiste à dilater l'orifice et à rompre les membranes, ne peut pas être employée dans tous les cas de pertes. 1°. Cette méthode ne convient pas dans les avortemens qui arrivent dans les trois premiers mois, parce qu'en perçant la poche des eaux, on s'exposeroit à rendre la délivrance impossible. Elle offre d'autant plus d'avantage que la grossesse approche plus de sa fin.

2°. Lorsque la perte se déclare avec assez d'abondance pour faire craindre pour les jours de la femme, le col peut n'être pas encore assez entr'ouvert pour qu'on puisse le franchir et aller rompre les membranes. Ici la méthode de Puzos est encore inadmissible. Si on use de violence pour dilater le col, on s'expose à le contondre, à l'enflammer et même à le déchirer.

3°. Si la perte continue après l'écoulement des eaux, ou si elle ne se déclare qu'après la rupture des membranes, comme cela arrive quelquefois dans ce cas, la méthode de Puzos ne laisse plus de ressource que dans l'accouchement forcé; mais il n'est pas toujours possible d'y recourir sans danger pour la mère et pour l'enfant. Si l'orifice de la matrice étoit dur, et qu'il fût impossible de le dilater suffisamment pour introduire la main, comme on le voit dans une observation de Lamotte et dans une autre de Smellie, on ne peut pas sauver la femme par la méthode de Puzos. Si la perte étoit abondante, elle périroit infailliblement si elle étoit l'unique ressource que l'art pût lui offrir. Dans tous les cas que je viens de citer, si la perte fait craindre pour la femme, il n'y a d'espoir de la sauver qu'en tamponnant le vagin et le col de la matrice avec des étoupes trempées dans le vinaigre pur ou dans des liqueurs styptiques.

Hémorrhagie utérine dépendante de l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice.

Puzos lui-même s'étoit aperçu que sa méthode étoit impraticable si le placenta se présentoit à l'orifice de la matrice où il a pris ses adhérences. Cet accoucheur ignoroit cette circonstance dont on a acquis la connoissance depuis Levret. Cette complication, une des plus fâcheuses du travail de l'enfantement, et qui le rend presque toujours contre nature, n'est bien connue des accoucheurs que depuis le siècle dernier.

Quoique cette adhérence soit la plus rare de toutes celles que le placenta peut contracter, des exemples attestent cependant que les praticiens rencontrent de temps en temps le placenta implanté sur l'orifice : j'ai trouvé deux fois cette insertion. Pendant la durée d'une pratique de douze ans dans l'art des accouchemens, Osiander a été appelé dix fois pour secourir des femmes qui éprouvoient des pertes produites par l'insertion du placenta au voisinage de l'orifice. Pourquoi le placenta ne pourroit-il pas s'implanter sur l'orifice de la matrice, comme il le fait au péritoine, au mésentère, aux intestins? Or, les grossesses extra-utérines abdominales prouvent qu'il n'est aucun de ces organes où ne puisse se fixer le produit de la conception.

Les observations que rapportent les accoucheurs anciens prouvent qu'ils rencontroient aussi de temps en temps le placenta attaché sur l'orifice, mais sans reconnoître cette adhérence comme naturelle et primitive. Tous les accoucheurs font mention qu'ils ont quelquefois trouvé le placenta se présentant le premier à l'orifice; mais aveuglés par l'opinion dont leur esprit étoit préoccupé, ils croyoient qu'il avoit d'abord adhéré au fond de l'utérus, et qu'en s'en séparant il venoit se placer sur l'utérus. Les adhérences même de cette masse spongieuse avec l'orifice dont quelques-uns font mention, et qu'ils disent avoir rencontrées, ne suffisoient pas pour les détromper. Ils aimoient mieux croire que le placenta, tombé du fond de l'utérus sur l'orifice, s'agglutinoit avec ses parois au moyen du

sang coagulé qui s'y interposoit, au point même d'exiger l'action de la main pour détruire ces adhérences, soit avant, soit après l'expulsion du fœtus, plutôt que de renoncer à l'idée qu'ils s'étoient formée sur l'adhérence du placenta, qu'ils croyoient se faire toujours vers le fond.

Je ne rechercherai pas la cause de l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice. Celles qu'a assignées Osiander, qui s'est occupé de cette recherche, sont illusoires. Il accuse le relâchement, soit naturel, soit accidentel de l'utérus, ce qui fait que l'œuf, en vertu de sa gravité spécifique, descend vers l'orifice et y prend ses adhérences. Suivant Osiander, la mauvaise situation du corps concourt encore à produire l'insertion de l'œuf sur l'utérus, lorsque cet organe a été affoibli par une cause quelconque, comme si la femme marche, si elle se tient debout ou assise, immédiatement après la conception. Le produit de la conception ne parvient dans la matrice qu'au bout de quelques jours. Cette remarque prouve que la situation horizontale que l'on feroit garder à la femme immédiatement après la conception, ne peut pas contribuer à prévenir l'insertion du placenta sur l'orifice, de même que la station ne peut pas contribuer à la produire.

L'adhérence du placenta qui a lieu sur le col de la matrice ou dans son voisinage, fait courir pour l'ordinaire, à la mère et à l'enfant, de grands dangers de perdre la vie, et leur donne quelquefois la mort à tous deux, s'ils ne sont pas secourus promptement par un accoucheur expérimenté. Cette insertion vicieuse du placenta devient souvent une cause d'avortement. En effet, lorsque le placenta est attaché sur l'orifice de la matrice, la perte est de l'essence de la grossesse, mais surtout de l'accouchement. Il est rare que chez les femmes dont le placenta se présente avant l'enfant à l'orifice de la matrice, la grossesse parcoure ses périodes sans qu'elles soient exposées à des pertes qui s'annoncent plus tôt ou plus tard, cependant jamais avant l'époque où le col éprouve des changemens vers sa base, qui devient plus évasée. Cet élargissement du col vers sa base peut donner lieu à la rupture de quelques vaisseaux.

Lorsque le travail se déclare, il est nécessairement accompagné de pertes : en effet, l'orifice ne peut pas se dilater que les adhérences qu'avoit le placenta sur cette partie ne se détruisent successivement. Plus le travail de l'accouchement avance, plus l'hémorrhagie devient abondante, parce que le décollement du placenta qui y donne lieu est plus considérable.

Si, comme je vais l'insinuer, le tampon peut devenir un moyen de préserver une grossesse des dangers dont elle seroit menacée par une hémorrhagie dépendante de l'insertion du placenta sur le col de la matrice, tandis que dans celle qui tiendroit à toute autre cause, il seroit propre à la troubler, il seroit donc très-important de pouvoir reconnoître avant le travail si la perte qu'éprouve la femme est due à l'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus. Suivant M. Baudelocque, on ne peut acquérir cette connoissance que lorsque l'orifice est assez dilaté pour porter le doigt jusque sur cette masse spongieuse qui se présente, au lieu des membranes lisses que l'on trouve dans les cas ordinaires. Tant que cette dilatation n'existe pas, il n'est, suivant ce praticien, aucun signe propre à faire connoître qu'elle est due au siége même du placenta.

Je crois qu'indépendamment des signes découverts par le toucher, le médecin peut reconnoître que la perte qu'éprouve la femme dépend de l'insertion du placenta sur le col de l'utérus, en faisant attention aux signes suivans, qui tiennent à la nature de l'écoulement, et qui sont, pour ainsi dire, pathognomoniques des hémorrhagies de cette espèce : 1° elles ne se déclarent jamais avant la fin du sixième mois, époque à laquelle le col commence à éprouver des changemens vers sa base, qui devient plus évasée. Assez souvent elles ne surviennent que vers le huitième mois, et plus fréquemment encore vers le commencement ou la fin du neuvième ; 2° elles s'annoncent subitement et sans que la femme puisse soupçonner aucune cause antécédente, soit externe, soit interne ; 3° la première fois que la femme éprouve une hémorrhagie tenant à cette

cause, elle est pour l'ordinaire peu abondante, dure peu, parce que, dans le commencement, il y a peu de vaisseaux rompus : elle revient, par la suite, fréquemment et facilement. Après avoir cessé totalement, elle revient quelquefois au bout de quelques jours, et même de quelques heures seulement. En général, à chaque récidive, la perte est plus abondante et dure plus long-temps, puisqu'à chaque fois il se rompt des vaisseaux nouveaux, et que leur calibre est plus considérable. Le col est plus épais, plus spongieux, plus mou, parce que le placenta, en se fixant vers ce lieu, y détermine l'afflux d'une plus grande quantité d'humeurs.

Lorsque cette hémorrhagie survient pendant la grossesse, et qu'elle est légère, on doit, comme dans les pertes ordinaires, prescrire le repos, la situation horizontale, l'air froid, des boissons tempérantes. Si la perte continue malgré ces moyens, on doit appliquer sur le bas-ventre, sur les cuisses et les parties de la génération des linges trempés dans l'eau froide et le vinaigre.

Le tampon ne peut-il pas devenir un moyen de conserver une grossesse qui seroit menacée d'être troublée par une hémorrhagie dépendante de l'insertion du placenta sur le col de la matrice?

Lorsqu'on emploie, pendant la grossesse, le tampon pour modérer une hémorrhagie qui reconnoît pour cause l'attache du placenta sur l'orifice de la matrice, le sang retenu n'étant pas renfermé dans la cavité utérine, ne peut s'opposer à son retour sur elle-même : alors le sang retenu par le tampon forme un caillot qui est serré entre lui et le placenta ; la partie séreuse en est exprimée, et il se forme une concrétion qui contracte des adhérences avec le placenta, et suspend l'écoulement jusqu'à ce que la rupture de quelques autres vaisseaux renouvelle l'hémorrhagie. Il ne peut s'épancher qu'une très-petite quantité de sang lorsque le placenta adhère à la totalité de l'orifice interne de la matrice. Quoiqu'il soit constant que dans une hémorrhagie qui tiendroit à toute autre cause, le tampon seroit propre à détruire la grossesse, on conçoit qu'il est pos-

sible qu'il puisse cependant présenter des avantages pour la conserver, lorsqu'elle est menacée d'être troublée par des pertes qui ont pour cause l'attache du placenta sur le col de la matrice.

Mais dans une hémorrhagie qui tient à l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice, on ne peut rien espérer, pendant le travail, de l'emploi des remèdes qui conviennent pour modérer un flux utérin produit par le décollement du placenta dans tout autre endroit. Non-seulement les astringens, les styptiques, la saignée ne sont d'aucune utilité, mais encore le tampon lui-même produit peu d'effet, quoique, comme je vais le dire, son emploi soit l'unique ressource qui reste dans ce cas fâcheux.

Toutes les fois que la femme est vraiment en travail, ni la nature ni l'art ne peuvent suspendre une hémorrhagie dépendante de l'insertion du placenta sur le col de la matrice : dans ce cas, la perte est de l'essence de l'accouchement : l'hémorrhagie est en raison des contractions de l'utérus. En effet, l'orifice ne peut pas se dilater que les adhérences qu'avoit le placenta sur cette partie ne se détruisent successivement. Plus le travail de l'accouchement avance, plus l'hémorrhagie devient abondante, parce que le décollement du placenta qui y donne lieu est plus considérable.

Pour bien apprécier les effets avantageux que l'on peut espérer du tampon dans une hémorrhagie de cette espèce, il faut se rappeler que tout ce qui tend à augmenter les contractions de la matrice augmente nécessairement l'hémorrhagie, parce que la dilatation du col en devient plus grande ; qu'il n'est aucun moyen de la suspendre que ceux qui auroient pour effet d'éteindre les contractions de la matrice ; car l'expérience apprend que, dans ce cas, l'hémorrhagie ne diminue ou ne cesse jamais que dans l'intervalle des douleurs. Or, le tampon, surtout lorsqu'il est imbibé de liqueurs styptiques, ne peut pas être considéré comme un moyen propre à amortir les contractions de la matrice : il pourroit plutôt les augmenter en agissant comme un simulant direct et sympathique.

En faisant l'application de ces principes à la méthode de Puzos, il est évident que, dans cette circonstance, la perte, loin de diminuer après l'écoulement des eaux, doit devenir plus abondante quelque temps après, parce que les contractions de la matrice, qui deviennent plus vives, dilatent l'orifice et rompent les adhérences du placenta. La méthode de Puzos, qui consiste à exciter les douleurs de l'enfantement, en dilatant l'orifice de la matrice, et en rompant les membranes, ne sauroit présenter les avantages qu'on lui accorde dans les autres circonstances.

Si le tampon produit peu d'effet dans ce cas, parce qu'il n'enlève pas la cause du mal, du moins son usage est toujours sans inconvéniens; car tant que le placenta adhère à l'orifice interne de la matrice qu'il embrasse, le tampon n'expose pas à un épanchement de sang dans l'intérieur de ce viscère, qui ne devient possible que quand le placenta est décollé sur un de ses points : or, lorsque le placenta ne répond à l'orifice que par l'un de ses bords, la délivrance spontanée est encore possible; ou bien, lorsque l'arrière-faix commence à se détacher de l'orifice, il est le plus souvent possible d'introduire la main pour retourner l'enfant.

Le tampon étant l'unique ressource à laquelle le médecin-accoucheur puisse avoir recours pour modérer une perte de cette nature, jusqu'à ce que la dilatation de l'orifice soit suffisante pour permettre l'introduction de la main, qui n'est pas encore possible à cause du peu de dilatation et de la dureté du col, je crois que l'on doit l'employer, quoique son succès soit très-douteux, puisqu'il peut tout au plus devenir un moyen inutile, mais qui ne peut jamais nuire. En se comportant ainsi, on suit le précepte des médecins anciens, qui avoient établi qu'il vaut mieux employer un remède douteux, plutôt que de n'en employer aucun. *Melius est experiri remedium anceps aut dubium, quam nullum.*

Quand on emploie, pendant le travail de l'enfantement, le tampon pour modérer une hémorrhagie dépendante de l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice, on doit avoir l'at-

tention d'en augmenter le volume à mesure que le col se dilate, afin qu'il remplisse toujours exactement le vagin. On doit examiner de temps en temps les changemens qu'éprouve l'orifice pour opérer dès le premier moment où sa souplesse permettra de l'entr'ouvrir sans user de violence.

Si le col est entr'ouvert, on doit porter le doigt dans la cavité de la matrice avec beaucoup de précaution, pour éviter qu'il ne détache des caillots qui se formeroient et pourroient ainsi arrêter ou au moins modérer l'hémorrhagie. On n'a d'ailleurs pas besoin de ces recherches pour acquérir une connoissance sur le lieu qu'occupe le placenta.

Avant que la dilatation soit suffisante pour découvrir, par le toucher, que le placenta est implanté sur l'orifice, et que l'hémorrhagie tient à cette cause, on peut s'en assurer en faisant attention aux signes suivans. Dans ce cas, la perte augmente constamment pendant les contractions utérines; elle disparoît ou diminue dans l'intervalle des douleurs; tandis qu'au contraire, lorsque le sang vient de tout autre endroit de la surface interne de la matrice, quoiqu'à la suite du décollement de l'arrière-faix, il coule plus abondamment lorsque les vraies douleurs de l'enfantement sont suspendues, et il cesse de couler dès que la femme est prise de nouveau de douleurs énergiques. La raison de cette différence est facile à saisir. Lorsque le décollement du placenta a lieu sur tout autre point qu'aux environs de l'orifice, ou sur cette partie même, la matrice, en se contractant, ferme l'orifice des vaisseaux utérins; au lieu que, dans le cas où le placenta est implanté sur l'orifice, les contractions du corps et du fond de l'utérus forcent le col à se dilater et détachent de plus en plus cette masse spongieuse, dont les vaisseaux distendus restent béans.

Le prognostic porté par l'accoucheur avant d'entreprendre l'opération doit toujours être douteux, crainte qu'on ne lui fasse un crime de n'avoir pu conserver la femme, qui ne peut pas toujours l'être dans ce cas fâcheux. Le danger est plus grand si le centre du placenta répond au centre de l'orifice; il est d'autant moindre qu'il recouvre une plus petite portion du col;

il est toujours en raison de la quantité du décollement du placenta, de l'intensité et de la durée de l'hémorrhagie. La cessation totale des douleurs est toujours d'un présage fâcheux : elle est l'indice de l'épuisement de la femme.

Les indications particulières qu'a à remplir celui qui est chargé de secourir la femme dans cette circonstance ne sont pas toujours les mêmes. La plupart des auteurs ont établi qu'il n'y avoit de salut à espérer pour elle que dans un accouchement prompt, et ont donné le précepte de le terminer par l'art le plus promptement possible. Quoique les secours de l'art soient souvent nécessaires lorsque le placenta est implanté sur l'orifice de la matrice, on peut encore confier le travail à la nature si le placenta recouvre une très-petite portion de l'orifice ; il peut alors se décoller sur un de ses bords, et permettre aux membranes de venir s'y présenter, lorsqu'elles sont poussées par le liquide qui les distend et forme une vessie propre à opérer la dilatation. Si la femme n'est pas encore épuisée par la perte ; si les contractions sont fortes et fréquentes, les membranes peuvent se rompre spontanément lorsque la dilatation sera suffisante, et l'accouchement se terminer par les seules forces de la mère, si les autres conditions nécessaires pour la terminaison spontanée se trouvent réunies.

Mais si le placenta répond au centre de l'orifice de la matrice, il faut extraire l'enfant le plus promptement possible par l'art, soit avec la main, soit au moyen du forceps.

Au moment où l'on reconnoît qu'il est nécessaire d'agir, l'orifice peut n'être pas suffisamment dilaté et trop dur pour permettre l'introduction de la main, ou bien il est suffisamment entr'ouvert pour qu'elle puisse pénétrer sans user de violence.

Si la perte est très-abondante, et que cependant le col ne soit pas suffisamment dilaté pour introduire la main, il faut tamponner le vagin et le col de la matrice avec des étoupes ou de la charpie trempées dans de l'eau froide et du vinaigre ou dans des liqueurs styptiques : quelque foible que soit cette ressource, elle est la seule que puisse offrir l'art. Il vaut mieux tout confier à la nature et temporiser plutôt que d'employer

des efforts immodérés pour introduire successivement les doigts : le tiraillement qui en résulteroit pourroit amener une inflammation mortelle.

Si l'orifice de la matrice est suffisamment entr'ouvert pour terminer l'accouchement, il faut opérer sur-le-champ. Avec un ou deux doigts portés dans l'orifice, on doit chercher à s'assurer si les membranes sont décollées ou non sur un point quelconque de la circonférence de l'orifice. S'il est en partie détaché, c'est cet endroit qu'il faut choisir pour opérer un décollement ultérieur suffisant pour permettre l'introduction de la main. On doit conserver avec beaucoup de soin les adhérences de cette masse, puisque par là on diminue l'hémorrhagie, et que l'on laisse subsister en partie la communication avec l'utérus, qui est nécessaire pour que l'enfant puisse continuer de vivre.

Lorsque le placenta adhère encore fortement de toutes parts à l'orifice, on le décolle sur un des bords, et de préférence vers celui qui est le plus rapproché de l'orifice, ou dont les adhérences sont le plus lâches, si l'accoucheur peut le reconnoître. On ne doit détacher du placenta qu'autant qu'il est nécessaire pour que la main puisse parvenir commodément jusqu'aux membranes.

Il est plus avantageux de détacher ainsi le placenta sur un de ses bords que de le percer dans son centre pour aller rompre les membranes. La main que l'on passe à travers le placenta pour retourner l'enfant, peut déchirer quelques-unes des racines du cordon ombilical ; ou bien l'enfant, en descendant à travers cette masse spongieuse, peut la décoller entièrement et l'entraîner avec les épaules : le volume de cette masse surajouté à celui des épaules rendroit encore l'accouchement plus difficile. La seule circonstance qui puisse autoriser l'accoucheur à percer le placenta dans son centre, est l'impossibilité absolue de le décoller par quelque point de la circonférence. Dès que l'on a détaché le placenta sur un côté, on le repousse sur le côté opposé. On déchire les membranes vers ce même point pour aller saisir les pieds de l'enfant.

Si la tête est déjà parvenue dans le fond du bassin en poussant le placenta au-devant d'elle, quoiqu'il soit encore possible de retourner l'enfant pour l'amener par les pieds, le forceps mérite la préférence.

Si la perte cesse après l'accouchement, et que le placenta conserve encore des adhérences avec la matrice, M. Baudelocque conseille d'attendre, pour délivrer la femme, que les contractions de l'utérus viennent les détruire. Il peut y avoir du danger de confier à la nature l'expulsion du placenta qui conserve encore des adhérences avec l'orifice de la matrice; elles ne peuvent être détruites que par les contractions du fond qui donnent lieu au renouvellement de l'hémorrhagie, qui peut faire courir des dangers à la femme s'il tarde quelque temps à être expulsé.

Dans les circonstances où l'on ne peut pas éviter l'avortement, et où cependant il est impossible de terminer sur-le-champ l'accouchement, quoiqu'on puisse alors employer la méthode de Puzos, ne seroit-il pas peut-être plus avantageux d'accorder la préférence au tampon conseillé par Leroux de Dijon?

S'il n'est pas probable, comme je l'ai dit, que l'on puisse empêcher l'avortement par le tampon, du moins me paroît-il certain que, par l'usage de ce moyen, on détermine le travail de l'enfantement d'une manière plus douce et avec plus de promptitude. Le tampon s'opposant à l'écoulement du sang, il se forme un caillot dans la matrice, qui la distend et ne tarde pas à en solliciter les contractions; car l'irritation mécanique du caillot formé dans la cavité de l'utérus est un moyen très-propre à faire sortir ce viscère de l'état d'inertie où il se trouve plongé. Avant la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, il est difficile que le sang s'épanche dans la matrice en quantité assez considérable pour faire périr la femme, à moins que l'utérus ne soit absolument sans action; mais si les eaux sont écoulées, le tampon convient moins, parce que l'utérus, dans lequel il se fait un vide, est susceptible de se laisser distendre quelque peu. Cet amas de sang étant possible, même dans la circonstance où la matrice renferme la totalité du produit de la conception, et ayant même été observé par plusieurs praticiens,

on doit veiller à ce qu'il ne se forme point. Quand on a lieu de le craindre, on doit s'opposer au développement de l'organe utérin par des frictions, par l'application de linges chauds ou de liqueurs froides, et autres moyens propres à en solliciter les contractions; ce qui constitue l'indication essentielle à remplir dans une perte causée par un état d'inertie. Si, malgré ces moyens, le sang continuoit de couler, on devroit alors terminer l'accouchement. Par cette méthode, on ne s'expose jamais à aucun inconvénient, puisqu'on est toujours à même de terminer l'accouchement quand on le juge nécessaire. En général, lorsque après l'application du tampon, l'irritation qui en est la suite réveille la force contractile de la matrice, on attend, pour terminer l'accouchement, que la fréquence et la vivacité des douleurs aient suffisamment élargi et assoupli le col.

Outre la violence qu'il faut employer pour dilater le col de la matrice et pour pénétrer dans sa cavité, en recourant dans ce cas à la méthode de Puzos, que n'a-t-on pas à craindre pour le fœtus, qui se trouve fortement pressé au moment où l'on peut opérer la version! Au contraire, en employant le tampon, si l'on est forcé d'amener par la suite le fœtus par les pieds, on opère dans le temps d'élection, c'est-à-dire, dans l'instant de la rupture de la poche des eaux: ce qui ne peut avoir lieu dans l'autre méthode. Ce raisonnement me paroît très-propre à justifier la préférence que j'accorde au tampon sur la méthode de Puzos, lorsqu'on peut également recourir à l'un ou à l'autre procédé.

Si je regarde le tampon comme utile dans ce cas, c'est seulement sous le rapport de l'irritation qu'il produit au corps et au col de la matrice, dont il excite les contractions; mais on ne peut pas croire, avec Leroux de Dijon, que le sang qui s'épanche dans l'intérieur de ce viscère formera, en se coagulant, à chaque extrémité artérielle ou veineuse, des caillots qui s'opposeront à une hémorrhagie ultérieure. L'expérience apprend que, par le tampon, on ne guérit réellement pas l'hémorrhagie, mais que l'on dispose seulement à sa guérison radicale. Il est prouvé, par les observations de ceux qui l'ont employé dans ce

cas, que tôt ou tard le tampon et les corps contenus dans la matrice sont expulsés au-dehors, parce qu'il a excité les contractions de la matrice, qui sont la vraie cause de la cessation de l'hémorrhagie.

Dans le cas où la rigidité des fibres du col s'oppose à l'introduction de la main, la méthode du tampon ne peut être employée sans inconvénient qu'autant que l'accoucheur reste auprès de la femme pour s'assurer que le sang ne s'accumule pas dans l'intérieur de la matrice au point de la faire périr Il ne faut pas oublier que, retenir le sang à l'intérieur, ce n'est pas pour cela arrêter l'hémorrhagie, mais seulement la masquer. Mais il en est de même de la méthode de Puzos : on ne peut également l'employer avec sûreté qu'autant que l'accoucheur ne perd point de vue la femme, et se tient prêt à terminer sur-le-champ l'accouchement avec la main, s'il reconnoît qu'elle est insuffisante pour arrêter l'hémorrhagie.

M. Démangeon, dans une dissertation qui a pour titre : *De fallaci atque nocuo obturamenti in hæmorrhagiis uteri cohibendis usu, cum potiorum remediorum subjectâ brevi expositione*, a proposé contre l'emploi du tampon des objections assez séduisantes; mais, appliquées à tous les cas d'hémorrhagie utérine indistinctement, elles sont plus captieuses que solides.

Non nisi sublatâ causâ, tollitur effectus. Or, dit-il, le tampon ne peut pas remédier à la cause de l'hémorrhagie, qui n'a lieu que parce que la matrice étant inerte, les vaisseaux restent béans. Le tampon, loin de contribuer à fermer les vaisseaux, les tient plus dilatés : cependant la perte ne peut s'arrêter que par la contraction de l'utérus. L'effet que produit le tampon, qui distend la matrice, paroît en contradiction avec le resserrement qui est nécessaire pour la cessation de la perte

L'auteur fortifie cette première objection par une seconde qui présente, pour ainsi dire, la même idée, et qui est également susceptible de la même réponse. La voici : *Obturamentum vires non addit, sed detrahit.* Le tampon, employé dans le cas dont il s'agit ici, en distendant la matrice, irrite cet organe, et en sollicite les contractions. Le vinaigre, et autres substances

dans lesquelles on trempe le tampon contribuent à augmenter cet effet irritant. Mais s'il est prouvé, ainsi que je l'ai fait voir, que le tampon agit en stimulant, il remédie donc à la cause de l'hémorrhagie qui dépend d'un état d'inertie qu'il fait cesser. Dès qu'il stimule, il ajoute par conséquent indirectement des forces, et fait naître des contractions qui ont nécessairement pour effet de resserrer le calibre des vaisseaux, quoique, pour les obtenir, on commence d'abord par distendre l'organe. Je conviens même que le tampon dilateroit les vaisseaux, et pourroit augmenter l'hémorrhagie, s'il ne sollicitoit pas promptement les contractions de l'utérus, par cela même qu'il les distend outre mesure par l'accumulation du premier sang qui s'écoule. La distension de la matrice, loin de s'opposer à la contraction de cet organe, devenant au contraire un moyen de l'obtenir, il n'y a point de contradiction entre ces deux effets.

Troisième objection. — Non compescit motus, sed auget. J'avoue que je ne comprends pas bien ce que l'auteur entend ici par le mot *motus*. S'il veut parler des douleurs, c'est précisément le but que l'on se propose; car les partisans du tampon conviennent que, par cette obturation, la perte ne s'arrête que parce que, tôt ou tard, il sollicite les contractions de la matrice qui l'expulse avec les autres corps. Entend-il un mouvement intérieur? Mais la cause de l'hémorrhagie est supposée dépendre d'un état d'inertie.

Quatrième objection. — Obturamentum causas morbi præsentes non oppugnat, nec supervenientibus præcavet, sed novas adfert. La cause de l'hémorrhagie est l'inertie de l'utérus; sa persévérance, son augmentation l'aggraveroient : or, le tampon, qui agit comme un stimulant direct et sympathique, peut la prévenir, ou y remédier lorsqu'elle existe.

Cinquième objection. — Jacturas non reparat, sed preparat. Par aucune méthode mécanique on ne peut réparer les pertes; mais si le tampon ne les répare pas, il est faux qu'il les prépare : il peut les prévenir en irritant la matrice.

Sixième objection. La doctrine du tampon se trouve évidemment en contradiction avec ce principe de l'art, déduit de

la médecine de Puzos, qui présente l'accouchement, c'est-à-dire l'évacuation de la matrice, comme le meilleur remède pour arrêter les hémorrhagies, parce que, par là, à contractions égales, on facilite le resserrement de ce viscère en enlevant les obstacles qui s'opposoient au rapprochement de ses parois.

Tout moyen qui, par son action, peut exciter les contractions utérines, est la chose essentielle pour suspendre l'hémorrhagie : or, le tampon produit cet effet dans quelques cas. En désemplissant l'utérus, on ne fait que faciliter son retour sur lui-même. Si ce moyen étoit employé seul lorsque la matrice est inerte, loin de suspendre l'hémorrhagie, il l'aggraveroit.

Si l'avortement devient nécessaire parce qu'il n'est plus possible d'arrêter la perte, qui, par son abondance, fait craindre pour les jours de la femme, il est indiqué d'introduire la main pour retourner l'enfant si l'orifice est suffisamment dilaté pour qu'elle puisse y parvenir sans user d'aucune violence. Les accoucheurs anciens donnoient le précepte d'extraire dans ce cas, le plus promptement possible, l'enfant et le placenta. On ne peut plus regarder avec Mauriceau, Delamotte et Deventer, comme un axiôme cette assertion de ces auteurs, qui a été pendant long-temps la règle de conduite des accoucheurs, « que plus tôt la matrice sera désemplie, plus tôt la perte s'arrêtera ». Depuis que Puzos a fait sentir dans son mémoire les dangers d'une trop grande précipitation, on doit imiter ce praticien célèbre, et chercher d'abord, avant d'extraire l'enfant, à exciter les contractions de la matrice, et percer ensuite la poche des eaux, pour éviter un accouchement trop prompt qui expose la matrice à tomber dans l'inertie.

Si l'hémorrhagie ne s'arrête pas après l'écoulement des eaux, ou si l'enfant se présente dans une mauvaise situation, on doit l'extraire. Puzos lui-même ordonne alors de terminer l'accouchement avec toute la promptitude possible. Ce praticien me paroît avoir oublié les ménagemens dont il a si bien fait sentir la nécessité dans son mémoire; il me paroît n'avoir pas tiré tout le parti qu'il auroit dû de ce principe lumineux qu'il établit,

que plus on se rapproche de l'accouchement naturel lorsqu'on est forcé de terminer par l'art, plus on est sûr de réussir. Il me paroît avoir laissé son ouvrage imparfait, en ne prescrivant pas d'imiter la lenteur de l'accouchement naturel, lorsque la continuité de la perte, après la rupture des membranes ou la mauvaise situation de l'enfant, oblige de recourir à l'accouchement forcé.

Cette lenteur et ces précautions, qui découlent cependant des principes établis par Puzos, sont nécessaires pour prévenir l'inertie de la matrice. Bien loin de terminer l'accouchement le plus promptement possible, je donne le précepte, avec Leroux de Dijon, après avoir saisi les pieds, d'amener les fesses sur le bord de l'orifice, et d'attendre ensuite qu'elles soient expulsées par les efforts naturels, ou du moins que l'irritation que cette distension produit vers l'orifice fasse naître des contractions suffisantes pour qu'on puisse aider la matrice à opérer l'expulsion de l'enfant sans l'exposer à tomber dans l'inertie : la matrice, distendue par les fesses, ne tardera pas à entrer en contraction. On a peu à redouter que l'hémorrhagie continue pendant le temps que l'on temporise pour attendre les contractions utérines. L'agacement qu'ont dû produire, à l'intérieur de la matrice, l'introduction de la main, la version de l'enfant, et la distension de l'orifice par les fesses qui y sont engagées, ont suffisamment ranimé cet organe pour suspendre momentanément la perte. D'ailleurs, les fesses placées sur l'orifice, faisant l'office de tampon, le sang qui s'écouleroit seroit retenu à l'intérieur, et contribueroit, comme corps étranger, à solliciter les contractions de la matrice en la distendant.

Smellie avoit adopté cette pratique dans les dernières années de sa vie. Ayant perdu plusieurs femmes atteintes d'hémorrhagies utérines à la suite d'accouchemens trop prompts, ces événemens malheureux le portèrent à changer de conduite en s'écartant du précepte donné par les anciens. Dans une de ses observations, il se félicite d'avoir attendu une demi-heure chez une femme excessivement affoiblie par une perte, avant de terminer l'accouchement, après avoir amené les fesses sur l'orifice.

Le précepte que je donne de laisser les fesses engagées dans l'orifice de la matrice me paroît le moyen le plus sûr d'en prévenir la déchirure, qui a quelquefois lieu quand on a été obligé, dans le cas de perte, d'aller chercher les pieds avant qu'il existât une dilatation suffisante du col, qui est mince et fortement tendu autour des cuisses. Au contraire, quand on attend que le siége de l'enfant soit expulsé par les efforts de la nature, outre que les contractions utérines amènent une plus grande dilatation, la lenteur avec laquelle il est expulsé fait encore que l'orifice est moins tiraillé qu'il ne le seroit si l'on s'efforçoit d'extraire sur-le-champ les fesses.

Dans le cas où le placenta étoit attaché sur l'orifice de la matrice, Deleurie fils prescrivoit aussi, après avoir amené l'enfant jusqu'à la poitrine, de le laisser jusqu'à ce qu'il fût expulsé par les contractions de la matrice. Cette pratique seroit aussi salutaire pour la femme que celle qui consiste à y amener les fesses; mais elle est moins sûre pour l'enfant, qu'une longue compression du cordon ombilical expose à périr.

On a reproché avec raison à cette méthode qu'en laissant les fesses long-temps à l'orifice on s'expose à voir périr l'enfant, qui est déjà affoibli par la perte qu'a éprouvée la mère, soit qu'il ait fourni lui-même à l'hémorrhagie par les ramifications de ses artères ombilicales, soit, ce qui est plus probable, parce qu'il reçoit moins de sang, et un sang qui en outre n'est plus vivifié par celui de la mère. Lorsque l'enfant est victime de cette hémorrhagie, on ne le trouve pas ex-sanguin; je crois que sa mort doit être attribuée à la même cause que celle qui est produite par la compression du cordon ombilical. Quoique l'enfant ne perde pas une seule goutte de sang dans l'un et l'autre cas, il ne tarde cependant pas à périr, parce qu'il ne reçoit plus un sang vivifié par la respiration de la mère. Si la plupart des enfans que l'on tire par les pieds naissent dans un état de syncope, si un tiers au moins périt, quelque précaution que l'on prenne, combien ne doit-on pas craindre davantage pour ceux dont la mère a éprouvé une hémorrhagie qui les affoiblit toujours, si, en venant par les pieds, ils sont de plus exposés à

une longue compression du cordon ombilical qui, ayant perdu de son ressort, se laisse plus aisément affaisser par le corps de l'enfant !

On ne peut pas disconvenir que cette objection ne soit très-forte. Si l'on ne se proposoit que de conserver la vie de l'enfant, dans tous les cas de perte où l'on est obligé d'aller chercher les pieds, il faudroit se hâter de terminer l'accouchement; mais s'il faut veiller à la conservation de l'enfant, il est encore plus important de ménager la vie de la mère. Or, si on vide promptement la matrice, cette évacuation prompte la jette dans un état de stupeur qui aggrave son inertie et l'hémorrhagie qui en est la suite. En terminant sur-le-champ, on fait courir plus de danger à la mère qu'on n'expose l'enfant à périr en abandonnant les fesses sur l'orifice de la matrice jusqu'à ce qu'elle se contracte.

Dès que la mère et l'enfant courent d'autant plus de danger que la perte a duré plus long-temps, il faut aller chercher les pieds aussitôt que le moment favorable se présente. On doit y procéder dès que les contractions utérines ont suffisamment aminci l'orifice pour que les doigts puissent le dilater sans lui faire éprouver de violence. En opérant à temps, on peut espérer de sauver la mère et l'enfant, qui conservera assez de force pour résister à la compression du cordon contre les détroits du bassin. D'ailleurs, tant que les fesses sont encore sur l'orifice, le cordon ombilical n'est, pour l'ordinaire, aucunement comprimé.

Jusqu'à présent, j'ai considéré l'hémorrhagie comme s'étant déclarée avant que la tête fût engagée; mais si elle ne s'annonçoit que lorsque l'occiput occupe le fond du bassin, c'est le forceps qui conviendroit pour terminer l'accouchement. Si on manquoit de forceps, on pourroit encore repousser la tête, quelque avancée qu'elle fût, si elle n'a pas encore franchi l'orifice, et aller chercher les pieds. Cependant le forceps mérite la préférence quand on l'a sous la main. Si la tête a franchi le col, il est impossible de la repousser : le forceps devient d'une nécessité absolue.

Des Convulsions.

Quoique les convulsions, ainsi que l'hémorrhagie utérine, puissent attaquer les femmes pendant tout le cours de la grossesse aussi-bien que durant le travail de l'enfantement, j'ai préféré en traiter dans ce dernier moment, parce que cette époque est celle où elles font courir plus de danger à la mère et à l'enfant. Il n'est en effet aucun temps où la femme soit plus sensible et plus irritable que dans celui de l'accouchement. Sa sensibilité, qui a été singulièrement exaltée par l'état de grossesse, va toujours en augmentant jusqu'après la délivrance. Les efforts auxquels se livre la matrice pour l'expulsion de l'enfant contribuent à augmenter cette irritabilité de la fibre musculaire qui produit les convulsions. Le reflux du sang qui a lieu vers le cerveau augmente encore dans ce moment la disposition aux convulsions. Les muscles abdominaux, en se contractant, appliquent l'utérus contre la colonne rachidienne où elle comprime fortement l'aorte inférieure, et s'oppose au passage du sang dans les parties inférieures. En exposant les phénomènes qui ont lieu au moment où le travail de l'accouchement est dans toute sa force, j'ai observé que la figure s'anime, que les yeux deviennent étincelans, qu'il survient quelquefois un tremblement universel. Or, ce trouble, cette agitation que l'on observe dans toute l'économie de la femme pourroient déjà être regardés, avec assez de raison, comme un commencement de convulsion; du moins l'on peut assurer que la plus légère cause suffit pour convertir cet état en convulsion proprement dite.

Les convulsions dont peuvent être atteintes les femmes pendant leur gestation, ou au moment qu'elles accouchent, sont idiopathiques ou symptomatiques. J'appelle *convulsions idiopathiques* celles où le cerveau est affecté primitivement, et *convulsions sympathiques* celles où il n'est affecté que consécutivement. Ces dernières sont les plus fréquentes chez les femmes enceintes ou en travail, et sont, pour l'ordinaire, déterminées

par une lésion de l'utérus. Elles supposent cependant toujours, de la part de la femme, une prédisposition aux maladies convulsives. Les convulsions même qui dépendent plus spécialement d'une disposition particulière du système nerveux général, et qui doivent être regardées comme idiopathiques, sont toujours considérablement augmentées par l'état de grossesse ou par le travail de l'enfantement. Elles sont plus difficiles à combattre, parce que leur cause est inconnue, et qu'elles dépendent presque toujours d'une disposition de l'économie qu'il faudroit changer pour en prévenir le retour : elles ne sont alors qu'un mode particulier de l'affection hystérique portée au dernier degré. Leur approche se fait connoître par des palpitations, des bâillemens, un état d'anxiété, par le désordre et la concentration du pouls, par des urines limpides, par un fourmillement aux pieds, par un sentiment de froid qui monte du coccyx le long de l'épine, par la tension des hypochondres et une constriction violente de l'anus et du col de la vessie.

Les causes occasionnelles les plus fréquentes des convulsions symptomatiques, chez les femmes enceintes ou en travail, sont toutes les affections vives de l'âme, un état de pléthore, une perte immodérée, la plénitude des premières voies, le tiraillement de l'orifice de la matrice, ou sa déchirure chez une femme douée d'une sensibilité excessive, la distension des parties externes de la génération. Je regarde comme des causes douteuses la distension énorme de la matrice par une trop grande quantité d'eau, par un enfant monstrueux, ou par la présence de jumeaux, que quelques auteurs ont rangées parmi celles qui peuvent produire cet accident. Lamotte (Obs. 216 et 217) dit avoir vu des convulsions causées par la distension violente de la vessie par une quantité énorme d'urine, cesser par la sortie de cet excrément. Une seule de ces causes suffit pour donner lieu aux convulsions.

Les suites des convulsions sont plus ou moins fâcheuses suivant qu'elles sont plus ou moins violentes, et suivant qu'elles durent plus ou moins. Il en est qui ne durent qu'un instant ; d'autres, au contraire, ont des paroxysmes très-longs : elles

varient à l'infini à raison du degré d'intensité auquel elles sont portées. Il est d'autant plus urgent de tâcher de modérer promptement les convulsions, que les premiers accès prédisposent les femmes à en éprouver de nouveaux pour des causes encore plus légères.

Les convulsions dont sont atteintes les femmes sont ou particulières ou générales. Les convulsions partielles n'affectent que les muscles du tronc et des membres qui servent aux fonctions animales. Tantôt ce n'est qu'un seul membre qui est affecté, tantôt plusieurs sont en même temps attaqués; enfin, dans quelques circonstances, tous les muscles du corps entrent en même temps en convulsion. Plusieurs auteurs ont donné à cette convulsion partielle le nom de *goutte-crampe*. Ce sont les extrémités supérieures qui sont le plus ordinairement attaquées de cette convulsion vive, douloureuse, brusque, qui se déclare tout-à-coup, et quelquefois à plusieurs reprises dans la journée. Dans cette agitation convulsive des bras et des mains, on a vu des femmes se frapper rudement la poitrine ou le sein, et si l'on retenoit le bras qui exerçoit cette percussion, elles se frappoient avec l'autre. Il en est qui ont éprouvé des accès de tétanos quand on a voulu les fixer tous les deux; d'où il résulte que dans ces agitations on doit seulement borner les mouvemens des membres de manière à prévenir des distorsions : il seroit peut-être dangereux de les tenir immobiles. La femme qui doit être attaquée de ces convulsions vives, dont la durée est ordinairement assez courte, éprouve tout-à-coup une douleur aiguë dans l'un des bras, ou dans toute autre partie, semblable à la piqûre d'un millier d'épingles. Les traits du visage s'altèrent très-peu dans les convulsions partielles. Si la face s'anime un instant, elle pâlit bientôt : la perte de connoissance n'est que passagère quand elle survient. La femme reprend assez souvent après l'accès la conversation qu'elle tenoit avant d'être saisie de convulsions; ou bien l'on diroit qu'un sommeil doux et tranquille s'est emparé d'elle.

Les convulsions générales affectent les muscles externes et internes; tous les organes sont affectés et leurs fonctions déran-

gées. Les yeux sont agités d'un mouvement irrégulier qui s'exécute avec rapidité : d'autres fois le regard est fixe ; la physionomie prend diverses expressions bizarres. Les lèvres, qui, dans les convulsions partielles, sont seulement affectées d'un mouvement semblable au ris sardonique, ou à celui que l'on observe sur la figure des bouffons, sont atteintes, ainsi que les mâchoires, d'un resserrement tétanoïque : ce resserrement est quelquefois accompagné de grincement des dents ; d'autres fois la langue sort de la bouche, et est exposée à être endommagée si les muscles tendent à fermer les mâchoires avec effort et d'une manière brusque. La respiration devient stertoreuse et précipitée ; les contractions désordonnées des muscles abdominaux produisent l'issue involontaire des urines et des excrémens. Dans ce cas, tout l'abdomen, et particulièrement le nombril, est fortement porté en-dedans. Chez d'autres femmes, le sphincter de l'anus est tellement resserré, qu'il est impossible d'introduire la plus petite canule pour donner des lavemens. Dans les cas même où il n'y a point de perte de connoissance ni du sentiment, les malades ne peuvent ni parler ni agir ; souvent elles voient et entendent tout ce que l'on dit et fait autour d'elles. Lorsque l'agitation convulsive cesse, toutes les parties deviennent roides et immobiles ; la face est toujours tuméfiée, les vaisseaux jugulaires sont gonflés, les carotides battent avec force ; la femme reste pendant quelque temps sans connoissance et dans un état de stupidité. Après quelques instans de rémission, les accès sont sujets à se renouveler. Lorsque la connoissance ne revient pas dans l'intervalle de calme, le danger est plus grand et l'art est souvent nécessaire. La durée des accès n'a rien de fixe.

On a vu la perte de la mémoire subsister pendant plusieurs jours après de semblables convulsions, et les femmes avoir oublié leur grossesse ou qu'elles étoient accouchées : elles ne conservent presque jamais aucun souvenir des accidens qu'elles ont éprouvés pendant l'accès. On a vu de même la vue et l'ouïe devenir insensibles pendant trois à quatre jours ; de manière que l'oreille ne pouvoit pas être excitée par les

sons les plus forts, et que la lumière la plus vive ne faisoit aucune impression sur l'œil. Après l'accès, les malades se sentent brisées et comme moulues. La contraction des muscles peut produire des hémorrhagies dans le tissu cutané, et donner une couleur noire, l'apparence d'une ecchymose à la partie, et à toute l'habitude du corps si la convulsion est générale. On a vu les membres se luxer, se fracturer : on a vu des accès se terminer par des cris et des hurlemens. Au rapport de Mauriceau, les convulsions qui surviennent pendant l'accouchement chez des femmes qui portent des enfants morts et putréfiés, leur sont plus souvent funestes que celles qui leur arrivent lorsque les enfans sont encore vivans, ou morts depuis peu de temps.

Ces convulsions générales dans lesquelles tous les muscles de la vie nutritive sont affectés en même temps que ceux de la vie de relation, doivent être considérées comme de véritables accès d'épilepsie, s'il existe perte de connoissance et de sentiment. Je regarde, avec Sennert, Tissot, M. Pinel, comme le symptôme caractéristique de l'épilepsie, la présence des mouvemens convulsifs avec perte de connoissance et de sentiment. Ce signe seul peut fournir une ligne de démarcation tranchée entre l'épilepsie et l'hystérie : on pourroit l'appeler *épilepsie hystérique*, parce que lorsque l'état de grossesse, les douleurs d'un accouchement laborieux, la suppression des lochies à la suite des couches, en sont la cause occasionnelle, les accès paroissent être déterminés par une lésion des propriétés vitales de l'utérus, qui est troublé dans ses fonctions. Les accès produits par la grossesse et l'accouchement sont moins réguliers; ils débutent, pour l'ordinaire, par un sentiment de pression dans la région ombilicale, ou par celui d'une boule qui monte vers le cou, ou par une espèce de suffocation : les convulsions survenues pendant la grossesse, ou occasionnées par la violence du travail, cessent souvent spontanément après l'accouchement.

Les convulsions partielles ne troublent pas la marche de la grossesse; il est rare qu'elles se manifestent pendant le travail

de l'enfantement; et quand elles se déclarent, elles ne dérangent en rien le mécanisme de l'accouchement. Au contraire, les convulsions générales peuvent produire l'avortement; elles provoquent les douleurs de l'enfantement d'autant plus sûrement que la grossesse est plus avancée. Si elles surviennent pendant l'accouchement, elles en interrompent quelquefois la marche; elles peuvent produire la rupture de la matrice et exposent l'enfant à perdre la vie. Les convulsions observent quelquefois une marche périodique. M. Baudelocque a accouché une femme qui en a éprouvé, pendant trois grossesses consécutives, tous les mois à la même époque : elles correspondoient au temps où les règles avoient coutume de se manifester.

Quoique les convulsions qui surviennent pendant l'accouchement ou qui lui succèdent soient toujours un accident fâcheux, elles sont cependant moins dangereuses si les femmes étoient sujettes auparavant à ce genre d'affection, ou si elles dépendent d'une cause légère survenue pendant le travail, comme une frayeur, une saignée : on doit alors peu s'inquiéter quoique les lochies soient supprimées. Mais si l'on a lieu de soupçonner qu'elles dépendent d'une contusion, ou d'une déchirure du corps ou du col de la matrice, on doit craindre que l'issue n'en soit funeste : les convulsions sont alors l'indice de l'inflammation du péritoine.

De quelque nature que soient les convulsions, quels que soit leur violence et le danger qui les accompagne, on ne doit jamais entreprendre de délivrer la femme que lorsque le travail est déjà très-avancé. Si les parties de la femme ne sont pas encore assez amples pour permettre la sortie de l'enfant, la violence qu'il faudroit employer pour les dilater ne manqueroit pas d'aggraver les convulsions : cette irritation deviendroit une nouvelle cause de convulsions qui surajouteroit au danger qui naissoit de la première. Les efforts nécessaires pour entr'ouvrir le col de la matrice et pour introduire la main dans ce viscère, les déplacemens qu'elle doit subir pour retourner l'enfant et l'extraire ne peuvent pas avoir lieu sans ex-

poser un organe aussi sensible à se resserrer spasmodiquement.

D'ailleurs, il pourroit se faire que l'accouchement ne fît pas cesser les convulsions, parce qu'elles ne sont pas produites par l'état de grossesse. Quelquefois, quelle que soit leur violence, soit qu'elles aient été déterminées on non par la grossesse, le calme se rétablit promptement, et l'accouchement peut n'avoir lieu qu'au terme de neuf mois : c'est ce que Levret, Mauriceau et M. Baudelocque ont vu dans des convulsions, quoique des plus fortes. Dans un exemple cité par ce dernier praticien, le tronc étoit recourbé en arrière d'une manière si prodigieuse que la tête et les pieds se touchoient. Quoique ces mouvemens se fussent renouvelés plusieurs fois dans le cours de la grossesse, et jusqu'à dix fois dans l'espace d'un même paroxysme, la femme n'accoucha cependant qu'au terme ordinaire; ce qui prouve que, quelque grand que soit le trouble des fonctions, le calme peut encore renaître. La possibilité que la grossesse ne soit pas troublée dans sa marche par les convulsions, la crainte très-bien fondée de les augmenter en terminant l'accouchement de force, doivent donc engager le praticien, tant qu'il n'existe pas de dispositions favorables pour la sortie de l'enfant, à n'employer, dans le cas de convulsions, que les mêmes moyens dont il feroit usage si elles survenoient après l'accouchement.

Lors même que les parties sont bien disposées, on ne doit pas trop se presser d'opérer l'accouchement; car des accès de convulsions, même très-fortes, ne le retardent pas toujours. Il est même des cas de convulsions dans lesquels il paroît se terminer plus promptement : souvent l'enfant est expulsé dans le moment même des paroxysmes, et après l'accès on le trouve entre les jambes de sa mère. Quoiqu'il existe déjà une disposition à l'accouchement, on ne doit chercher à le terminer qu'autant que l'on présume que la nature ne pourra pas le faire elle-même; car tous les auteurs citent des exemples où, nonobstant la présence des convulsions, l'enfant est sorti en très-peu de temps, et sans courir autant de dangers que si l'on eût cherché à délivrer la femme. J'ai été témoin, et j'ai fait observer

ce cas aux élèves qui suivoient alors mon cours, qu'une femme tourmentée, au début du travail, d'accidens hystériques, ayant été atteinte de mouvemens convulsifs, s'est délivrée en trois douleurs, quoiqu'au moment où ils se sont déclarés l'orifice fût encore peu dilaté.

Mais si, lorsqu'il existe des dispositions favorables pour la sortie de l'enfant, il est situé de manière à ne pouvoir venir spontanément, ou si les convulsions sont de nature à retarder l'accouchement, parce qu'elles resserrent l'orifice, on doit l'extraire sur-le-champ. On amène l'enfant par les pieds si cette partie se présente ou bien s'il est situé en travers; on doit au contraire l'extraire par le moyen du forceps, quel que soit le lieu où la tête se trouve engagée, dans l'instant où les convulsions exigent de procéder sans délai à l'accouchement. Le forceps mérite la préférence quoique la tête soit encore située au-dessus du détroit supérieur : la matrice étant agglutinée sur le corps de l'enfant, il seroit très-difficile de pouvoir introduire la main dans sa cavité pour le retourner ; chaque déplacement qu'on lui imprimeroit pour aller saisir les pieds solliciteroit ce viscère à se resserrer spasmodiquement. L'introduction des branches du forceps irrite beaucoup moins la matrice; son application ne présenteroit pas autant de difficultés que dans les cas ordinaires où on le conduiroit au-dessus du détroit, parce que la tête n'est pas mobile.

On doit terminer l'accouchement, quoique l'enfant soit bien situé, si les convulsions ne se manifestent que pendant le cours du travail de l'enfantement, et si elles sont produites par la sensibilité extrême de la matrice et par la douleur vive qui accompagne la dilatation du col, ainsi que celle des parties extérieures. Le conseil donné par Mauriceau, de faire écouler les eaux dans ce cas pour calmer les convulsions, seroit pernicieux ; l'irritation de la matrice augmenteroit, et avec elle les convulsions qui en seroient l'effet, comme je l'ai fait voir en traitant de la rupture de la poche des eaux opérée par l'art. L'irritation de la fibre utérine, qui est la cause des convulsions, ne dépend pas, dans ce cas, de la distension de la ma-

trice ; on doit d'abord employer la saignée, les bains pour faciliter la dilatation du col. Si ces moyens ne suffisent pas pour diminuer cet excès de sensibilité et d'irritabilité qui donne lieu aux convulsions, on doit opérer l'accouchement. Les convulsions cesseront après la délivrance, parce qu'on aura enlevé la cause qui les produisoit. Si les convulsions sont dues à l'engorgement du cerveau, qui est occasionné par la compression que la matrice exerce sur l'aorte abdominale pendant les efforts de l'accouchement, on doit d'abord employer la saignée pour dégorger le cerveau ; on la répète en proportion du degré de l'engorgement. Si ce premier moyen ne suffit pas, on ouvre la poche des eaux ; le volume de la matrice étant diminué, l'aorte abdominale sera moins comprimée, et le sang se portera en plus grande quantité dans les vaisseaux du bas-ventre et dans ceux des membres abdominaux. Les eaux évacuées, si les convulsions subsistent encore avec la même force qu'auparavant, on doit terminer promptement l'accouchement. Il est probable qu'elles cesseront ensuite, parce que la cause qui les avoit déterminées en engorgeant le cerveau, n'existera plus.

Si l'on pouvoit quelquefois attribuer les convulsions à la distension énorme de la matrice dans les derniers temps de la grossesse, par une quantité considérable d'eau, l'évacuation du liquide, en détendant l'organe, les feroit cesser ; mais, comme je l'ai déjà observé, on ne peut guère admettre cette cause de convulsions.

On doit considérer deux temps dans les convulsions : celui de l'accès et celui de la rémission. On doit traiter les convulsions suivant la nature de la cause occasionnelle qui les a fait naître. Les moyens préservatifs doivent aussi varier suivant la constitution de la femme qui les éprouve. La saignée, pratiquée dans le commencement du travail, convient pour les prévenir chez les femmes où elles sont déterminées par un état de pléthore. Il est avantageux de saigner deux ou trois fois pendant le cours de la grossesse les femmes qui ont éprouvé, dans leurs accouchemens précédens, des convulsions de cette es-

pèce. Denmann dit avoir employé quelquefois avec avantage, pour prévenir les convulsions qui étoient sur le point de débuter, de l'eau froide qu'il jetoit à diverses reprises avec force sur la figure; mais il avoue que ce moyen, ainsi que beaucoup d'autres qu'il a tentés pour substituer une nouvelle irritation différente de celle qui produit les convulsions, a été employé sans succès pour prévenir les effets de cette irritation, ou pour la dompter.

Lorsque les convulsions dépendent plus spécialement de la disposition particulière du système nerveux, il faut, pour déterminer le traitement, examiner si cet excès de mobilité du système dépend seulement d'une irritation trop vive, ou bien s'il existe en même temps foiblesse et irritation. Il est important de bien distinguer ces deux cas. Dans le premier, les pédiluves, les bains tièdes, sont utiles. C'est dans cette espèce que l'opium, l'oxide de zinc sublimé, les anti-spasmodiques, l'assa-fétida, le musc, le castoréum, l'huile empyreumatique, l'ammoniaque liquide, qui, à raison de leur vertu pénétrante, paroissent agir vivement sur les nerfs, peuvent convenir. Mais s'il existoit congestion sanguine vers la tête, ces substances seroient nuisibles par la tendance naturelle qu'elles ont à l'augmenter.

Il est des convulsions idiopathiques où la mobilité est accompagnée de foiblesse et de relâchement dans le système. On doit alors unir les toniques aux anti-spasmodiques. C'est dans ce cas que le quinquina administré seul, ou uni à la valériane, a opéré la guérison. Dans les intervalles, les bains froids peuvent aussi être employés avec avantage.

On reconnoît que les convulsions sont dues à la pléthore sanguine lorsque leur invasion a été précédée de lassitude dans les membres, de pesanteur et de douleurs de tête, d'anxiété, d'éblouissemens, de tintemens d'oreille; lorsque la figure de la femme est animée, l'œil égaré. Toutes les fois que les femmes éprouvent ces accidens, ont doit craindre les convulsions ou un accès d'hystérie, et la saignée devient nécessaire pour les prévenir ou pour les combattre. On convient généralement

que rien ne sauroit remplacer la saignée dans le cas de pléthore; mais les praticiens ne sont pas d'accord sur l'espèce de saignée que l'on doit pratiquer : les uns conseillent la saignée du pied, d'après la doctrine de la révulsion, parce que le siége de ces convulsions se trouve dans une partie située au-dessus du diaphragme; d'autres préfèrent celle de la jugulaire, quelques-uns celle du bras : plusieurs exemples me portent à préférer la saignée du bras à celle du pied. Dans le cas d'affection nerveuse, j'ai vu plusieurs fois les femmes être soulagées par la saignée du bras, tandis que leur état avoit empiré par la saignée du pied. Si le Traité des Accouchemens de M. Baudelocque n'étoit pas entre les mains de tous les praticiens, j'aurois pu confirmer mon opinion par un exemple tiré de cet ouvrage, qui est bien propre à déterminer à accorder, dans les convulsions de cette espèce, la préférence à la saignée du bras sur celle du pied.

Si les convulsions sont produites par des impressions vives de l'ame, il faut tâcher de calmer l'émotion morale qu'ont produite ces affections. Il faut écarter avec soin tout ce qui peut émouvoir vivement la femme, ou s'efforcer de lui faire oublier les objets qui l'ont affectée si profondément en lui procurant de la dissipation.

Si les convulsions sont la suite d'une perte excessive, on doit commencer par prescrire le repos et la situation horizontale pour éviter que la perte, qui en est la cause déterminante, ne se renouvelle. On doit en même temps donner les restaurans, les analeptiques, comme de bons bouillons, des œufs frais, quelques cuillerées d'excellent vin. Dans les convulsions de cette espèce, on doit porter un prognostic fâcheux : on voit périr le plus grand nombre des femmes qui en éprouvent à raison de pertes antécédentes.

On reconnoît à l'état de la langue qui est chargée, de la bouche qui est mauvaise, amère, que les convulsions dépendent d'un embarras gastrique dans les premières voies : dans ce cas, les évacuans sont indiqués. On évacue par haut ou par bas, suivant que l'embarras gastrique est stomacal ou intestinal. Le

vomitif, outre sa propriété évacuante, peut encore être utile comme révulsif : par la secousse générale qu'il produit, il peut déplacer les spasmes fixés sur la matrice ou l'abdomen. Il faut apporter beaucoup d'attention dans le diagnostique de cette espèce. L'emploi des évacuans donnés à contre-temps seroit pernicieux dans les convulsions, car ils sont tous plus ou moins irritans : lors même qu'on les croit indiqués, il ne faut employer que les laxatifs.

Les narcotiques sont utiles dans le moment du paroxysme. Mais si cette grande agitation a donné lieu au reflux du sang vers le cerveau, la saignée doit précéder l'emploi des narcotiques, et même celui des bains, qui sont aussi indiqués dans cette espèce de convulsions. Les émulsions acidulées et nitrées sont aussi utiles.

De l'Épuisement de la femme et des Syncopes.

L'épuisement de la femme, des syncopes fréquentes, peuvent encore exiger que l'on termine l'accouchement par l'art; mais, comme l'observe Van-Swiéten, on rencontre plus rarement que ne le croit le vulgaire une foiblesse assez considérable pour rendre l'accouchement impossible par les seuls efforts naturels. On voit le plus grand nombre des femmes que les assistans jugent être dans l'impossibilité de se délivrer à raison de leur foiblesse, exercer cependant des efforts suffisans pour accoucher toutes seules, en leur faisant prendre du repos, et en s'occupant dans cet intervalle de les réfociller au moyen de médicamens toniques. Mais si le repos, des alimens fortifians, ne suffisent pas, il vaut mieux terminer l'accouchement que d'employer des stimulans, comme lavemens âcres, purgatifs, pour exciter les douleurs. Si l'épuisement de la femme avoit été amené par un travail long et pénible, il y auroit encore plus d'inconvéniens de recourir à ces moyens stimulans pour y remédier. La matrice peut se trouver dans un état voisin de l'inflammation, qui rendroit dangereux les remèdes que l'on pourroit tenter pour ranimer les forces contractiles de cet organe.

Il ne faut pas non plus terminer l'accouchement dès qu'il survient chez la femme des défaillances : ces syncopes peuvent tenir à une cause passagère, à un état nerveux, sans qu'il y ait pour cela foiblesse extrême, qui peut seule autoriser à prendre ce parti : il faut attendre qu'elles se répètent et qu'elles soient prolongées.

Complication avec une Hydropisie.

L'hydropisie peut aussi devenir une circonstance qui rende l'accouchement contre nature. Lorsqu'une femme grosse est hydropique, la matrice manque souvent des forces suffisantes pour qu'il puisse se faire par ses seuls efforts. Ses contractions ne peuvent être secondées que foiblement par celles des muscles abdominaux et du diaphragme, à cause de la gêne de la respiration. Après les couches, on doit donner à la femme les sucs d'herbes amères, à la dose de deux verrées par jour, animés avec un gros de sulfate de soude (sel de Glauber).

Complication avec une Hernie.

La présence d'une hernie ne rend pas toujours l'accouchement contre nature. S'il en existe une, il suffit de la faire rentrer quand on peut y réussir, et de s'opposer à son issue en comprimant, pendant les efforts auxquels se livre la femme pour se délivrer, le lieu où elle existoit avec les doigts ou au moyen d'une pelote. Une hernie, même irréductible, n'exige pas toujours qu'on termine l'accouchement : il suffit ordinairement de soutenir, pendant les efforts auxquels se livre la femme, les parties que l'on n'a pas pu réduire, par quelque endroit qu'elles se soient échappées, de crainte qu'une nouvelle portion d'intestin, en s'insinuant dans la tumeur, ne vienne à s'y étrangler. On ne doit recourir à l'accouchement que lorsqu'on craint que, malgré la pression que l'on exerceroit dessus cette hernie irréductible, elle ne fût exposée à s'étrangler, parce que de nouvelles portions d'intestin peuvent s'échapper à la suite des efforts auxquels se livrera la femme. Tous les observateurs font mention de femmes qui ont succombé aux accidens qui accompagnent cet étranglement.

Resserrement de l'Orifice de la matrice.

Le col de la matrice peut se resserrer sur celui de l'enfant, et s'opposer à la sortie des épaules, ou à celle de la tête, si l'enfant s'est présenté par les membres abdominaux. Ce resserrement de l'orifice de la matrice peut être naturel ou spasmodique. Les difficultés qu'éprouve l'accouchement pour se terminer, à raison de la contraction de l'orifice de la matrice sur le cou de l'enfant, soit qu'il vienne par la tête ou par les pieds, dépendent plus souvent, lorsqu'elles sont très-considérables, d'un resserrement spasmodique de cette partie que de sa contraction naturelle. Ce resserrement spasmodique de la matrice sur tout le corps de l'enfant, ou autour de quelques-unes de ses parties seulement, est une cause particulière et assez commune du retard qu'éprouve l'accouchement, et du danger qu'il fait courir à l'un des deux individus, et quelquefois à tous les deux. Il est peu de praticiens observateurs qui n'aient rencontré quelques cas semblables.

L'obstacle qui s'oppose à l'avancement des épaules peut dépendre ou de la contraction de l'orifice externe de la matrice sur le cou de l'enfant, ou bien de celle de l'orifice interne. Lorsque le resserrement est produit par l'orifice externe, la tête a franchi le col et est à nu dans le vagin. Lorsque l'étranglement dépend de l'orifice interne, la tête est encore enveloppée par le col dans une étendue plus ou moins considérable: ce dernier resserrement sur le cou de l'enfant est le plus commun; il est aussi celui auquel il est plus aisé de remédier. Quand on introduit la main dans la matrice pour aller chercher les pieds, quelque temps après l'écoulement des eaux, on sent quelquefois une résistance, une bride sur le cou de l'enfant formée par le segment du globe utérin dans lequel s'est fondu l'orifice à mesure qu'il s'est effacé.

J'ai souvent observé cette contraction irrégulière de la matrice en essayant de retourner l'enfant. Saxtorph rapporte

qu'ayant été appelé par une sage-femme qui, en voulant entraîner l'enfant, sépara le tronc de la tête, qui resta dans la matrice, il trouva, en essayant de délivrer l'accouchée, l'orifice de la matrice dilaté de manière à pouvoir y passer la main; mais la tête de l'enfant lui parut comme enfermée dans un sac formé par la contraction de la matrice autour du cou de l'enfant: il ne put parvenir à ôter la tête de cette espèce de sac qu'après avoir combattu l'état spasmodique qui y avoit donné lieu. C'est un fait bien connu, que le placenta se trouve souvent arrêté de la même manière.

Lorsque le resserrement de l'orifice interne sur le cou de l'enfant dépend de sa contraction naturelle, il est rare qu'il soit assez considérable pour exiger les secours de l'art: l'accouchement en devient seulement plus long; mais, moyennant quelques contractions de plus, la nature vient à bout de triompher de ce resserrement de l'orifice interne sur le cou de l'enfant: le retard est en raison de la force de la contraction de ce cercle utérin sur le cou de l'enfant. Pour vaincre cette résistance, on peut, comme le conseillent plusieurs accoucheurs, conduire quelques doigts jusqu'au lieu du resserrement, entre la tête et la portion du col qui l'entoure. Si cela ne suffit pas, au lieu de refouler la tête pour introduire ensuite la main dans le resserrement produit par l'orifice interne que l'on chercheroit à dilater, il me paroîtroit bien plus avantageux d'employer le forceps, qui feroit l'office de plan incliné sur lequel glisseroit le col: outre que la terminaison seroit plus prompte, ce moyen seroit peut-être plus doux pour la femme. Mais si le resserrement qui retarde la sortie de la tête doit être considéré comme spasmodique, ainsi que j'en ai été témoin plusieurs fois, on peut, en employant les moyens que je vais indiquer tout-à-l'heure, faire cesser les obstacles qui s'opposent à sa sortie; et si les secours de l'art deviennent nécessaires, ce n'est qu'après avoir combattu cet état par les moyens convenables que l'on peut employer le procédé que l'on regarde comme le plus avantageux.

Si l'orifice externe de la matrice s'est contracté sur le cou

de l'enfant, il est encore plus difficile d'y remédier. Lorsque cette cause retarde la sortie de la tête, l'obstacle, s'il résiste long-temps aux efforts naturels, est presque toujours produit par la contraction spasmodique de cette partie, et avant d'employer le procédé que l'on juge le plus avantageux pour entraîner l'enfant, il faut administrer les secours convenables pour faire cesser cet état de spasme. Je ne conseillerai pas d'introduire les doigts sous ce resserrement pour le dilater; il est évident que leur extrémité seule agissant contre l'obstacle, ils n'exerceroient pas un effort suffisant pour vaincre cette contraction. Le forceps n'agit pas contre le resserrement, il le laisse subsister dans son entier; c'est seulement une puissance qui donne la facilité d'agir sur la tête; mais si la contraction est considérable ou spasmodique, on pourroit écraser la tête avec cet instrument sans venir à bout de surmonter la résistance qu'oppose le resserrement du col de la matrice. Dans le cas de mort de l'enfant, les crochets pourroient aussi être employés en vain, parce que, pendant leur action, ils laisseroient subsister la contraction du col dans son entier. Un resserrement aussi considérable tenant à un état spasmodique, l'usage interne et externe des anti-spasmodiques est indiqué. La saignée, les bains, les demi-bains, qui tiennent le premier rang parmi ces médicamens, sont les secours les plus convenables pour faire cesser tous les obstacles, ou du moins pour amener les conditions favorables pour pouvoir employer sans inconvénient le procédé que l'on regardera comme le plus propre pour triompher de cette résistance. Le forceps seul, dirigé convenablement, peut offrir une ressource. L'extrémité des cuillers ne pouvant pas passer au-dessous de l'orifice ainsi serré, on pourroit pincer le bord de la matrice si on les poussoit trop avant, ce qui dicte à l'accoucheur d'exécuter les premières tractions avec beaucoup de douceur, et de les cesser pour replacer les branches si la femme se plaint de ressentir un tiraillement.

C'est encore ici l'occasion d'observer que le resserrement spasmodique de la matrice sur le fœtus est une cause assez

commune des difficultés que l'on éprouve dans quelques cas pour le retourner, et que souvent la saignée, les bains et autres anti-spasmodiques facilitent sa version, qu'une force considérable n'auroit quelquefois pas pu opérer, du moins sans faire courir de grands dangers à l'un et à l'autre individu.

De l'Issue du Cordon ombilical.

Le cordon ombilical peut être entraîné par les eaux au moment de l'ouverture des membranes. Les femmes sont sujettes à cet accident lorsqu'il y a beaucoup d'eau (1), ou que le cordon est très-long. Cette issue du cordon ombilical ne doit être considérée comme un accident grave qu'autant qu'il est comprimé, et qu'à raison de cette compression la circulation du sang peut y être interceptée. Plus le bassin est resserré, plus le danger que court l'enfant est grand. Lorsque le cordon est sorti, la pression qu'il éprouve est plus forte; il peut encore être comprimé entre la tête et l'orifice de l'utérus s'il est dur et peu dilaté.

Quelque grande que soit l'anse que le cordon forme à l'extérieur, elle ne peut pas s'opposer à la sortie de l'enfant. Par conséquent, lorsque le cordon est froid, sans pulsations ou putréfié, on doit abandonner l'expulsion du fœtus aux soins de la nature, comme si le cordon ne se présentoit pas.

Quoiqu'il soit prouvé qu'il y a toujours à craindre pour l'enfant lorsque le cordon ombilical forme une anse au-dehors, on ne doit cependant pas terminer aussitôt l'accouchement, comme quelques accoucheurs en ont donné le précepte. La première idée qui se présente lorsque le cordon ombilical qui accompagne la tête paroît au-dehors, est de tâcher de le réduire, et

(1) Cette circonstance donne moins fréquemment lieu à la sortie du cordon ombilical que ne le pensent les auteurs; car on peut très-souvent, avant la rupture des membranes, reconnoître à travers leur tissu que le cordon ombilical est situé au-devant de la tête ou de la partie que présente l'enfant. Dans tous ces cas, le cordon est nécessairement la partie qui doit descendre la première, quelle que soit la quantité des eaux.

de le tenir du bout des doigts de l'une des mains, jusqu'à ce que la tête soit assez descendue pour l'empêcher de retomber. L'expérience apprend qu'il est absolument inutile de le rentrer au-dedans de la matrice : une ou deux douleurs le font retomber.

Les auteurs même qui admettent que la compression du cordon ombilical fait courir des dangers à l'enfant, établissent qu'il ne faut terminer l'accouchement que lorsque cette anse éprouve une compression assez forte pour que la circulation y soit suspendue. Tant que les pulsations se soutiennent, on ne doit pas chercher à retourner l'enfant, si la tête s'engage convenablement. En différant jusqu'à ce que les pulsations du cordon diminuent, la tête, par la suite du travail, peut se rapprocher assez des parties extérieures pour que l'on puisse l'extraire avec le forceps, ce qui est plus avantageux pour l'enfant que d'aller chercher les pieds. Pendant ce temps on ne doit pas laisser le cordon exposé au contact de l'air, mais on doit le retenir dans le vagin jusqu'au moment où l'on croit devoir agir.

Si la diminution des pulsations fait craindre la mort de l'enfant, qui n'est pas encore assez engagé pour qu'on puisse l'extraire avec le forceps, la pratique ingénieuse de M. Croft me paroît préférable à la méthode de retourner sur-le-champ l'enfant, que l'on conseille dans tous les traités d'accouchemens. Dans ce cas, M. Croft conseille d'introduire la main dans l'utérus, comme si l'on se déterminoit à retourner l'enfant, et dès qu'elle est parvenue aux pieds, d'arrêter le cordon autour d'une des jambes. Après cette manœuvre, il ne peut plus se déplacer et paroître au-dehors. Ce praticien ayant employé ce procédé dans deux cas, les femmes ont accouché heureusement, et les enfans sont venus au monde vivans. (*Journal de Médecine de Londres*, tom. III, p. 57, trad. franç. par Masuyer.)

Ce seroit encore ici le cas de tenter le procédé que M. Wellemberg a imaginé pour prévenir la compression du cordon, et dont j'ai donné la description en parlant des secours que

l'on doit administrer pour diminuer les dangers des accouchemens par les pieds.

M. Thouret, dans un mémoire (*Société royale de Médecine, an* 1786) plein d'érudition, a élevé des doutes sur les dangers attribués par les accoucheurs à la compression du cordon ombilical. Ce savant professeur les invite à consulter plus scrupuleusement l'observation avant de prononcer que la compression du cordon ombilical pendant le travail de l'enfantement doit être comptée parmi les causes qui exigent de le terminer plus promptement que ne le feroit la nature, crainte que l'enfant ne périsse si la circulation étoit suspendue pendant quelque temps. Peut-on disconvenir des dangers que fait courir à l'enfant toute compression du cordon ombilical, s'il est prouvé que la mort apparente qui a lieu chez plusieurs enfans venus au monde par les pieds ne peut reconnoître d'autre cause que cette compression? Or, c'est ce que je crois avoir établi d'une manière assez rigoureuse, en employant une méthode exclusive, lorsque j'ai traité des causes auxquelles on doit attribuer l'état de syncope dans lequel naissent les enfans qui se présentent par les pieds.

Je ne crois pas qu'il soit encore douteux, lorsque l'enfant a perdu la vie dans une circonstance où il existoit compression du cordon ombilical qui se trouvoit placé sur les côtés de la tête qu'il précédoit ou accompagnoit, si la mort doit être attribuée à la suspension de la circulation du sang qu'elle a occasionnée, comme le veulent les observateurs qui citent ces exemples; ou bien si l'on ne devroit pas plutôt en accuser la compression violente qu'a éprouvée la tête dans un bassin resserré. Cette incertitude pourroit encore exister chez le praticien et le rendre irrésolu sur le parti qu'il doit prendre, si cet accident arrivoit seulement dans les cas où le bassin est rétréci. S'il est plus ordinaire dans ce cas, on peut l'observer, quoiqu'il ne soit pas resserré au point de faire craindre pour l'enfant, sans cette complication de la présence d'une anse du cordon sur les côtés de la tête. Des observations nombreuses apprennent que des femmes qui s'étoient déjà délivrées plu-

sieurs fois sans que l'enfant en eût éprouvé aucun inconvénient, ont eu le désagrément de le voir naître dans un état de syncope, quoique la tête ne fût pas plus volumineuse, par cela seul que le cordon, qui accompagnoit la tête, se trouvoit comprimé. Je conviens que dans plusieurs cas ces deux causes peuvent agir en même temps. Mais je crois qu'en faisant attention à l'état dans lequel se trouve l'enfant en venant au monde, on peut toujours décider à laquelle de ces deux causes doivent être attribués les accidens; et dans les cas où la compression de la tête et celle du cordon auroient en même temps concouru à leur production, déterminer celle qui a eu la principale influence. Si dans le cas où le cordon accompagne la tête, la mort devoit être attribuée à la compression de cette dernière plutôt qu'à celle du cordon, la face seroit violette, livide, tuméfiée; mais si les enfans naissent pâles, décolorés, il est évident que la compression de la tête et du cou n'a contribué en rien à produire l'état de stupeur dans lequel est né l'enfant. L'observation apprend que lorsque la tête a franchi avec violence les détroits du bassin par les contractions de la matrice, ou que l'on a été obligé d'employer le forceps pour surmonter les obstacles qui s'opposoient à sa sortie, que lorsque le cou a été comprimé par quelques tours du cordon ombilical, ou de quelque manière que ce soit, par exemple, par le resserrement de l'orifice de la matrice ou de la vulve, que si l'enfant en éprouve quelque inconvénient, il naît constamment apoplectique ou dans un état qui le menaçoit d'apoplexie. Si le *facies* de l'enfant n'indique qu'un léger engorgement du cerveau, quoiqu'il ne donne aucun signe de vie, il est probable que la tête a été comprimée pendant que les pulsations se soutenoient encore; mais que la mort apparente dépend plus spécialement de la suspension du cours du sang vers le cœur, qui a eu lieu lorsque le cordon ombilical a été par la suite fortement comprimé.

Si la doctrine de ceux qui pensent que la mort de l'enfant doit plutôt être attribuée à la compression violente qu'a éprouvée la tête qu'à celle du cordon ombilical, étoit fondée, on n'auroit

rien à craindre pour l'enfant lorsque le cordon accompagne toute autre partie, comme les fesses. Cependant l'expérience apprend que l'enfant est également victime de la compression du cordon dans ce cas. Lorsque, dans le cas de grossesse composée, le cordon ombilical de l'un des enfans paroît au dehors, pendant que la tête ou une autre partie d'un second enfant se présente, on n'auroit rien à craindre pour celui dont le cordon s'est échappé, lors même que les pulsations diminueroient. Il est cependant constant que cet enfant périt ordinairement si on confie à la nature la sortie du premier, dans le cas où elle pourroit s'opérer spontanément, ou bien lorsqu'on s'est déterminé à aller chercher les pieds, si, au lieu d'amener d'abord celui dont le cordon est au dehors, on commence par entraîner celui qui se présente à l'orifice.

Quoique je regarde la compression du cordon ombilical comme très-dangereuse, je conviens cependant que l'on ne doit jamais trop se presser de retourner l'enfant, lorsque la tête n'est pas suffisamment engagée pour l'entraîner avec le forceps, au moment où les pulsations commencent à diminuer d'une manière sensible : car, après avoir opéré la version de l'enfant, le cordon ne laisse pas d'éprouver une pression presque aussi dangereuse pendant toute la durée de la manœuvre que l'on exerce pour l'extraire.

Plusieurs faits ont paru prouver à M. Thouret que la suspension du cours du sang dans le cordon ombilical, occasionnée par sa compression, ne fait pas courir à l'enfant des dangers réels de perdre la vie. On a vu des enfans sans cordon, d'autres chez lesquels il s'est rompu dans l'intérieur de la matrice, sans que l'enfant ait perdu la vie, quoiqu'il se soit écoulé entre la rupture et la naissance assez de temps pour produire la cicatrice des parties divisées; chez d'autres, les vaisseaux ombilicaux étoient obstrués au point d'intercepter la circulation, quoique les enfans fussent vivans. Ces faits, qui sont les mêmes que ceux que quelques physiologistes font valoir pour prouver que le cordon ombilical n'est pas la seule voie que la nature ait adoptée pour la nutrition du fœtus, seroient en apparence très-concluans

s'ils étoient bien avérés. M. Thouret a fait preuve de cet esprit judicieux qui le caractérisoit, en s'abstenant de tirer aucune conséquence de quelques phénomènes rares, de quelques aberrations de la nature, qu'il a rassemblés dans son savant mémoire. Ces faits rares feroient exception à la règle générale, et en tirer une induction en faveur de l'état naturel, ce seroit s'exposer volontairement à se tromper, pour avoir conclu du particulier au général.

Parmi les faits qu'il cite pour infirmer la réalité des dangers attribués à la compression du cordon, il en est quelques-uns qui, quoique généralement admis, me paroissent peu propres à établir cette donnée : tels sont les faits suivans. On extrait par l'opération césarienne des enfans qui ont encore vécu quelque temps après la mort de leur mère, les fœtus qui naissent renfermés dans les membranes vivent quelque temps sans respirer, quoique hors de la matrice. Tous ces exemples, dit ce savant professeur, semblent prouver que l'enfant peut vivre sans qu'il existe de circulation de la mère à l'enfant, et infirment les dangers que l'on a toujours cru être la suite du défaut du cours du sang par suite de la compression du cordon ombilical. Cependant, je ne puis m'empêcher de dire que cette conséquence ne me paroît pas rigoureusement déduite des prémisses. Dans les deux premiers cas, quoiqu'il n'y ait plus de circulation de la mère à l'enfant, elle peut encore se faire du placenta au fœtus : ce qui n'a pas lieu dans le cas de compression absolue du cordon, qui intercepte aussi-bien le cours du sang du placenta au fœtus, que celui de la mère à son fruit. La parité n'étant pas parfaite, on ne sauroit admettre une conséquence qui suppose cette identité.

Du Défaut de longueur du Cordon ombilical.

Le peu de longueur du cordon, soit naturelle, soit accidentelle, en raison de son entortillement autour du cou, est encore rangé, par la plupart des accoucheurs, parmi les causes qui peuvent apporter de grands obstacles à l'accouchement, en retenant la tête. Pendant long-temps on a cru qu'un cordon trop

court ou entortillé autour du cou empêchoit la tête de descendre, ou que si elle descendoit pendant chaque douleur, elle remontoit aussitôt dans le moment de relâche, parce qu'elle étoit retirée par le cordon, qui étoit trop court, et qui, forcé de s'allonger pendant les efforts qui poussoient la tête en bas, se retiroit sur lui-même lors de leur cessation. La rentrée de la tête dans l'intérieur du bassin a lieu dans tous les premiers accouchemens, toutes les fois que les parties sont très-rigides, quoique le cordon soit très-long. D'après l'état des parties, on peut non-seulement prognostiquer que la tête, après s'être portée en avant, rentrera à l'intérieur, mais encore déterminer si ce phénomène se prolongera plus ou moins long-temps, et toujours en proportion du degré de rigidité des parties génitales. Il est donc démontré, pour l'accoucheur qui observe avec quelque soin, que l'élasticité du périnée et des grandes lèvres, ainsi que la contraction des muscles compris dans leur épaisseur, sont la vraie cause de la rentrée de la tête par leur réaction.

La connoissance du mécanisme de l'accouchement naturel par la tête prouve d'ailleurs que, lors même que le cordon seroit trop court ou entortillé autour du cou, il ne pourroit jamais retenir la tête tant qu'elle n'a pas franchi la vulve. On distingue trois temps dans le travail de l'enfantement; or, dans aucun de ces temps, le peu de longueur du cordon ne peut retarder la descente de la tête. Dans le premier temps, la tête descend pour se porter du détroit supérieur dans le fond de l'excavation, en suivant la direction de l'axe du bassin; mais la tête n'avançant qu'en vertu des contractions de la matrice, les deux insertions du cordon ombilical ne sont jamais plus éloignées dans un instant que dans un autre, parce qu'à mesure que l'une s'approche de l'orifice, entraînée par l'enfant qui descend, l'autre s'en rapproche aussi dans la même proportion, en vertu de la réduction du fond de la matrice. Dans le second temps, la tête n'avance pas; elle ne fait qu'éprouver un déplacement qui s'exécute aux dépens de la torsion du cou. Dans le troisième temps, elle ne fait que se défléchir : la longueur seule du cou suffit pour que la tête paroisse au dehors, sans qu'il soit néces-

saire que le tronc avance. Pendant le cours de la grossesse, un cordon trop court peut, comme je l'ai dit, donner lieu au décollement du placenta et à la rupture du cordon ombilical.

Si le peu de longueur du cordon ombilical pouvoit mettre des obstacles à l'accouchement, cette disposition seroit une des complications les plus fâcheuses, puisqu'on ne pourroit pas en reconnoître l'existence avant la sortie de l'enfant, et encore moins y remédier, soit qu'il fût naturellement trop court, ou qu'il fût entortillé autour du cou de l'enfant. Si le cordon eût réellement été trop court, comme le pensoit Delamotte, toutes les fois que l'enfant descendoit dans le moment de la douleur et remontoit lorsqu'elle étoit passée, ce praticien eût étranglé l'enfant ou renversé le fond de la matrice en tirant sur la tête, comme il le faisoit, pour faciliter sa sortie. L'obstacle dans ces cas ne venoit que des parties extérieures que l'on dilatoit par ces manœuvres, mais non sans danger et sans douleur pour la mère.

Si le cordon, quelque court qu'on le suppose, ne peut pas retarder l'accouchement tant que la tête n'a pas franchi la vulve, cette disposition peut occasionner des accidens graves après sa sortie : à cette époque, elle exige quelques attentions de la part de l'accoucheur pour prévenir la rupture de l'ombilic, le décollement du placenta ou le renversement du fond de la matrice. Si le défaut de longueur du cordon dépend de son entortillement autour du cou, l'enfant est exposé à être étranglé ou à naître apoplectique, avec la face livide, tuméfiée. Pour prévenir ces accidens et faciliter la descente du tronc, on conseille ordinairement, si le cordon entoure plusieurs fois le cou, de faire passer par-dessus la tête les circulaires qu'il forme. On ne pourroit pas mettre à exécution ce précepte, si les circulaires étoient assez serrées pour exposer l'enfant à être étranglé ou à naître apoplectique : il vaut mieux couper le cordon, ce qui est sans inconvéniens; car, quand l'enfant ne respireroit pas, et qu'il tarderoit quelque temps à sortir, on est toujours à même de s'opposer à l'écoulement du sang, en posant une ligature sur la portion du cordon qui tient à l'enfant.

Lorsque le cordon est naturellement trop court, il est également plus simple, pour prévenir les accidens qui peuvent en résulter, d'y pratiquer une section, plutôt que de tenir la tête appliquée contre la vulve, pendant qu'on s'efforce de faire sortir le tronc en le recourbant sur lui-même.

De la Grossesse composée.

Si je compte la grossesse composée parmi les accidens qui rendent l'accouchement contre nature, ce n'est pas que lorsqu'il existe plusieurs enfans, la délivrance ne puisse jamais avoir lieu par les seuls efforts de la nature. L'accouchement de plusieurs enfans peut être naturel, quoique plus long et plus laborieux. Cependant, comme il survient assez souvent des accidens, et que la mère et les enfans seroient exposés aux plus grands dangers si l'on ne venoit à leur secours, il est convenable d'indiquer que la présence de plusieurs enfans constitue quelquefois un accouchement contre nature, et de faire connoître comment doit se comporter l'accoucheur dans cette complication.

La grossesse composée est formée le plus souvent de deux enfans : on en voit quelquefois trois, plus rarement encore quatre. On croit que les trois Horaces et les trois Curiaces étoient trijumeaux. Chambon dit en avoir vu cinq d'une seule couche qui ont vécu assez long-temps pour être portés à l'église. Aristote parle aussi d'une femme qui est accouchée quatre fois de suite de cinq enfans chaque fois. Pline rapporte dans son Histoire naturelle, qu'en Egypte des femmes en font jusqu'à sept. M. Seignette, médecin à la Rochelle, assure qu'une femme de cette ville est accouchée de neuf enfans bien formés. On dit aussi que l'on a vu dans la famille des Pourcelets neuf enfans d'une seule couche devenir de grands hommes. Ambroise Paré parle d'une femme qui est accouchée, en deux fois, de vingt enfans.

On donne communément le nom de *jumeaux* à ces enfans; mais cette dénomination ne leur convient que lorsque la grossesse n'est composée que de deux enfans. On devroit appeler *trijumeaux*, *quadrijumeaux* celle qui seroit formée de trois, quatre enfans, etc. On a calculé que le rapport de la grossesse

composée à la grossesse simple étoit dans la proportion d'un à quatre-vingts.

Les physiciens ont demandé si ces enfans étoient formés dans le même instant, ou bien à une distance plus ou moins grande. Il en est qui ont cru qu'ils étoient conçus en des temps différens, et que l'on devoit les regarder comme le produit d'une superfétation ou d'une superfécondation, suivant ceux qui distinguent entre ces deux états : en sorte que, suivant eux, si ces enfans sont d'ordinaire si différens en grosseur et en longueur, c'est qu'ils ont été conçus à des époques plus ou moins éloignées. L'on peut assurer, sans crainte de se tromper, que dans le plus grand nombre des grossesses composées, il n'y a pas de superfétation; car, le plus communément, les enfans n'ont qu'un seul chorion qui leur est commun. Mais la conception en deux temps est impossible lorsque les deux membranes, ou même une seule, est commune aux enfans. Comment le second enfant pourroit-il les traverser pour aller se loger dans leur cavité? C'est tout au plus dans les cas où chaque enfant auroit son chorion, son amnios, ses eaux et son placenta distincts que l'on pourroit les apporter en preuve d'une superfétation. Mais dans ce cas même les physiciens, en soutenant cette opinion, fondés sur la différence du développement des enfans, pourroient bien donner le produit de leur imagination pour celui de la nature: car ces enfans, quoique conçus dans le même temps, peuvent bien s'être développés inégalement, puisque leurs vaisseaux sont distincts, et que l'un peut périr quoique l'autre conserve la vie.

Il est impossible de reconnoître, avant les derniers mois de la grossesse, la présence de plusieurs enfans, soit par les signes rationnels, soit par le toucher. Le toucher qui, comme je l'ai prouvé, est le moyen de dissiper tous les doutes sur la grossesse ordinaire lorsqu'elle a atteint le terme de quatre mois et demi, n'a plus la même valeur à cette époque, et même à une encore plus reculée, pour établir la certitude d'une grossesse composée de plusieurs enfans.

Quoique les signes rationnels qui établissent l'existence de

plusieurs enfans donnent d'autant plus de probabilité que la grossesse est plus avancée, ils peuvent encore laisser des doutes peu de temps avant l'accouchement. Mauriceau pensoit que l'on pouvoit reconnoître une grossesse composée, parce que la tumeur formée par la matrice, au lieu d'être arrondie et élevée en pointe comme dans la grossesse simple, est aplatie dans son milieu : on peut observer la même chose lorsque l'enfant est en travers. Le volume extraordinaire du ventre, l'infiltration des membres abdominaux et des parties de la génération, et autres caractères donnés par Mauriceau, sont insuffisans pour porter un jugement certain sur la présence de plusieurs enfans : on peut tout au plus présumer que la chose est ainsi d'après la réunion des différens signes que rapportent les auteurs. En effet, la tuméfaction extraordinaire du ventre, l'infiltration des membres abdominaux et des parties de la génération, peuvent se rencontrer chez des femmes qui ne sont grosses que d'un seul enfant, tandis que quelquefois ces phénomènes n'ont pas lieu chez celles qui portent plusieurs enfans, comme je l'ai observé chez deux femmes qui n'avoient pu en outre soupçonner, par aucun autre accident, une grossesse composée jusqu'au moment de l'accouchement. Dans une hydropisie de matrice très-considérable qui compliqueroit la grossesse, on peut rencontrer l'infiltration des jambes et des cuisses, quoiqu'elle soit peut-être moins fréquente que dans la grossesse composée. Le volume du ventre peut dépendre de la quantité de liquide contenu dans l'amnios, ou de la grosseur du fœtus et de son arrière-faix. Le ventre n'est pas non plus toujours partagé en deux tumeurs séparées par une dépression chez celles qui sont enceintes de deux enfans. Cette espèce de gouttière qui sépare l'abdomen en deux poches ne peut être sensible qu'autant que les enfans sont placés parallèlement l'un à côté de l'autre. Puzos a rencontré ce signe, quoiqu'il n'y eût pas deux enfans, chez une femme grosse atteinte d'une hydropisie de matrice dans les membranes; le ventre, qui portoit sur le milieu des cuisses, paroissoit partagé en deux besaces, ce qui lui fit soupçonner deux enfans, quoiqu'il n'y en eût qu'un très-volumineux.

Quand une femme ressent des mouvemens dans plusieurs endroits en même temps, elle peut présumer qu'il existe plusieurs enfans, sans en avoir cependant de certitude; car un seul enfant peut remuer en même temps la tête et les pieds. Souvent, comme je l'ai vu plusieurs fois, les incommodités de la grossesse ne sont pas plus considérables dans le cas de jumeaux que dans une grossesse simple.

Non-seulement les signes rationnels, mais le toucher même, pratiqué dans les derniers mois de la grossesse, peu de temps même avant l'accouchement, peut dans quelques circonstances laisser encore des doutes sur la présence de plusieurs enfans; ce qui me fait donner le conseil de s'abstenir de toucher les femmes dans ce cas pour satisfaire leur curiosité, lorsque le volume considérable de leur ventre les porte à consulter pour savoir si elles ne porteroient pas plusieurs enfans; cette connoissance ne pouvant jamais leur devenir importante avant le travail de l'enfantement, et quelquefois même seulement après la sortie du premier enfant.

Je conviens cependant que dans des circonstances favorables on peut, dans les derniers mois, reconnoître par le toucher, en cherchant à exciter le mouvement de ballottement, si le volume du ventre est dû à la présence de plusieurs enfans, ou bien à une quantité considérable d'eau. S'il existe deux enfans, on ne peut pas procurer le mouvement de ballottement, qui est au contraire très-sensible si un seul enfant nage dans une quantité considérable de fluide. Dans cette tentative, il faut cependant avoir plus d'égard à la grande mobilité de l'enfant, qui s'éloigne de l'orifice à la plus légère pression, qu'à la percussion qu'il exerce en tombant. Quoique violemment agité, il frappe les parois de la matrice avec peu de force, parce que la quantité de liquide émousse et affoiblit la percussion. En appliquant une main sur l'abdomen, on peut, dans quelques cas, sentir deux enfans très-distinctement à travers les parois de la matrice, qui présente une souplesse plus grande que de coutume.

La connoissance de plusieurs enfans dans la matrice peut devenir indispensable pendant le travail, puisque, comme je

vais le dire, c'est d'après elle que l'accoucheur doit quelquefois se conduire pour sauver la mère et l'enfant.

Le reproche que l'on feroit à l'accoucheur d'avoir méconnu l'existence d'un second enfant après la sortie du premier, doit lui dicter de porter toujours la main sur l'abdomen avant de quitter la femme, pour s'assurer s'il n'en existeroit pas un second. Si le volume que conserve le ventre inspire des doutes sur l'existence d'un second enfant, on les dissipe par le doigt porté dans le vagin, qui rencontre alors à l'orifice quelque partie d'un autre enfant ou la poche des eaux. La femme sent encore remuer; les douleurs ne tardent pas à se renouveler.

Les indications que présentent les jumeaux, relativement à l'accouchement, varient suivant la manière dont ils sont enveloppés dans les membranes, suivant leur situation, soit respectivement à eux-mêmes, soit à l'égard de l'orifice de la matrice, laquelle est très-variée.

Les enfans peuvent être renfermés de manière que le chorion et l'amnios soient communs à l'un et à l'autre, et ne forment qu'une seule poche. Dans cette manière d'être, les jumeaux sont baignés par les mêmes eaux : heureusement qu'elle est rare, car elle n'est pas avantageuse. Lorsque les enfans sont ainsi renfermés dans les mêmes eaux, le cordon de l'un peut s'entrelacer dans celui de l'autre et former des nœuds. Il arrive bien plus souvent, lorsqu'une disposition semblable existe, qu'une partie de chaque enfant tend à s'engager en même temps à l'orifice de la matrice pendant le travail de l'accouchement. Lorsque les enfans sont ainsi renfermés dans les mêmes membranes, ils sont exposés à contracter des adhérences et à devenir monstrueux.

Plusieurs accoucheurs assurent que, dans d'autres circonstances, chaque enfant a sa membrane amnios qui lui forme une poche particulière, et que chaque poche est renfermée dans le chorion, qui est alors une membrane commune à tous les enfans. Si cette disposition est réelle, elle prouveroit avec assez d'évidence que l'on ne peut pas considerer les enveloppes propres au fœtus comme une seule membrane. Je regarde cepen-

dant comme bien plus probable que, dans cette circonstance, chaque enfant est enveloppé des deux membranes, mais que les placenta ont contracté des adhérences. Dans ce cas, les cordons ne peuvent pas s'entrelacer ni se nouer, parce que les enfans ne sont pas baignés par les mêmes eaux. Ils ne peuvent présenter chacun une partie à l'orifice de la matrice qu'autant que la poche du second se romproit pendant le travail qui expulse le premier; ce qui arrive rarement. L'on conçoit que l'un de ces enfans peut périr et se putréfier sans porter atteinte à l'autre. Quoiqu'il existe primitivement un placenta pour chaque enfant dans les deux cas précédens, ils sont ordinairement unis par leur base, et paroissent quelquefois ne former qu'une seule masse; ce qui ne permet pas d'extraire l'un sans l'autre.

Enfin, dans des cas rares, non-seulement chaque enfant a ses membranes chorion et amnios séparées, mais encore son placenta bien distinct. Dans des circonstances semblables, on pourroit extraire un de ces enfans, et délivrer la femme de suite sans inconvéniens, si l'on pouvoit reconnoître avant la délivrance que chaque enfant avoit un placenta bien séparé de celui de l'autre.

Je supposerai toujours que la matrice renferme seulement deux enfans; car lorsqu'elle en contient un plus grand nombre, la manière de les extraire ne diffère point de celle que je vais exposer pour la grossesse de deux enfans. Parmi les positions variées que peuvent prendre deux enfans, soit à l'égard de l'orifice de la matrice, soit respectivement l'un à l'autre, je ne ferai mention que de celles qui sont les plus ordinaires. La connoissance de ces positions principales suffira pour diriger dans celles qui sont plus rares, et que l'on ne pourroit même pas fixer d'une manière précise. Tantôt les enfans sont placés parallèlement l'un à côté de l'autre; d'autre fois, ils se croisent en divers sens.

Lorsque les enfans sont situés parallèlement, ils peuvent présenter tous deux la tête, tous deux les pieds, les genoux ou les fesses: l'un peut présenter la tête et l'autre les pieds, les genoux ou les fesses. Les deux enfans peuvent encore présenter succes-

sivement à l'orifice de la matrice des parties différentes des membres abdominaux. Les cas que j'établis ici suffisent pour donner une idée de ces accouchemens.

Lorsque les deux enfans sont situés parallèlement l'un à côté de l'autre, l'accouchement peut s'opérer naturellement, comme l'apprend l'observation, s'ils se présentent successivement, et que la partie qui s'avance s'engage dans une direction convenable. Lorsque les deux enfans présentent la tête dans une bonne position, il est rare que la nature ne puisse pas terminer toute seule, à moins qu'il ne survienne des accidens.

Si cet accouchement peut être entièrement spontané, « la » nature suit la même marche, emploie les mêmes forces que » dans l'accouchement simple naturel, avec cette seule dif- » férence que, dans le cas de jumeaux, elle réitère la même » opération ».

Si les deux enfans présentent les pieds à l'orifice de la matrice, l'accouchement peut absolument se faire par les seuls efforts de la nature, s'ils n'offrent les pieds que successivement, comme celà peut avoir lieu s'ils ont chacun une poche particulière; mais s'ils sont renfermés dans une même poche, il est plus prudent d'aller chercher les pieds, parce que le plus communément ceux des deux enfans s'engagent en même temps. Pour reconnoître les pieds qui appartiennent au même enfant, il faut en suivre un, et, après avoir porté la main à la hauteur de la hanche, la rabattre sur le côté opposé. Si d'une cuisse à l'autre on rencontre une continuité de parties, les pieds appartiennent au même enfant.

L'accouchement peut aussi se faire spontanément lorsque l'un des enfans présente la tête, et l'autre les pieds, les genoux ou les fesses, dans une bonne situation, s'ils ont chacun une poche particulière, soit que l'enfant présente la tête ou les membres abdominaux les premiers. Mais si les enfans nagent dans les mêmes eaux, il arrive ordinairement que les pieds s'engagent les premiers ou en même temps que la tête : ce qui oblige de terminer l'accouchement. Lorsqu'on entraîne les pieds de l'un

des enfans pendant que la tête de l'autre répond au détroit, on doit écarter avec soin cette dernière de l'entrée du bassin, de crainte que la tête de celui que l'on amène par les pieds ne l'accroche et ne l'entraîne au-devant d'elle dans la courbure du sacrum, de la même manière qu'une corde nouée que l'on introduit dans une bouteille accroche et entraîne le bouchon que l'on veut en retirer. Si, faute de cette précaution, l'on avoit entraîné la tête du second enfant au-dessous de la saillie du sacrum, et que l'on fût appelé pour terminer un accouchement semblable, comme cela est arrivé à Enaux, chirurgien de Dijon, je crois que le procédé le plus sûr seroit d'appliquer le forceps sur la tête qui est engagée, en soulevant vers le pubis le corps de l'enfant qui est en dehors, et d'extraire ainsi le premier celui qui n'auroit dû venir que le dernier. Cette tête ne peut pas être repoussée, et il seroit très-difficile d'entraîner le premier enfant.

L'accouchement peut aussi se faire par les seuls efforts de la nature si les fesses se présentent successivement à l'orifice de la matrice. Je crois cependant qu'il seroit si difficile, qu'il vaut mieux aller chercher les pieds : on épargne des douleurs à la femme sans faire courir plus de dangers à l'enfant.

Dans les cas où la tête de chacun des enfans vient se présenter à l'orifice d'une manière avantageuse, doit-on en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature, ou bien doit-on toujours rompre la poche des eaux après la sortie du premier dans le cas de grossesse composée, et extraire sur-le-champ le second, quelle que soit sa situation ?

Delamotte, Stein, Deleurie, Saxtorph et plusieurs autres accoucheurs ordonnent dans ce cas de percer sur-le-champ la poche des eaux pour aller chercher les pieds, lors même que le second enfant se présenteroit de manière que la nature pourroit l'expulser toute seule, parce qu'ils pensent qu'il faudroit pour l'expulsion du second enfant un travail plus long et plus laborieux. Mais il est faux que la nature éprouve plus de difficultés pour se délivrer du second enfant que du premier.

Les parties étant déjà dilatées, la tête franchit bien plus aisément l'orifice en second lieu, à moins que la longueur du travail n'ait épuisé la femme. Mais dans ce cas, comme je vais le dire, on doit extraire l'enfant, soit en allant chercher les pieds, soit en appliquant le forceps, suivant que la tête est plus ou moins engagée, lorsqu'on reconnoît qu'elle n'avance plus parce que l'épuisement de la mère a fait cesser les contractions.

Les parties étant dilatées, disent-ils encore, par le passage du premier enfant, la version fait courir moins de danger au second que si on l'exécute plus tard. Ce raisonnement pourroit tout au plus prouver que quand il est nécessaire de retourner l'enfant, il vaut mieux y procéder immédiatement après la sortie du premier que de différer : il n'établit pas que la version soit préférable à la terminaison spontanée. On objecte encore qu'après la sortie du premier fœtus, les contractions se suspendent le plus souvent, et que ce n'est quelquefois qu'au bout de quelques jours que l'accouchement se termine lorsqu'il est confié aux forces de la nature. Je ne vois d'inconvéniens dans ce retard que pour l'accoucheur qui seroit impatient d'être libre, afin de pouvoir se charger de secourir d'autres femmes en couches, s'il s'en présentoit à lui.

On convient aujourd'hui assez généralement que si les douleurs se déclarent peu de temps après la sortie du premier enfant, l'on peut abandonner l'expulsion du second aux efforts naturels, s'il se présente convenablement à l'orifice, toutes les fois que la femme conserve les forces suffisantes pour se délivrer, et qu'il n'existe aucun accident. Lorsqu'à raison d'épuisement de la part de la mère, ou lorsqu'à cause de la présence de quelque accident, l'art devient nécessaire, on doit aller chercher les pieds si la tête est encore peu engagée, ou recourir au forceps si elle est déjà fort basse. Si l'on va chercher les pieds, dans le cas où la mère ne conserve pas assez de force pour accoucher toute seule, on ne doit pas achever d'extraire l'enfant avant que la matrice se contracte; car, en vidant subitement cet organe dans un moment où il ne

s'efforceroit pas d'expulser le fœtus, on s'exposeroit à le jeter dans l'inertie.

Mais ces mêmes accoucheurs pensent que si les douleurs tardent long-temps à se déclarer, et que l'on n'ait pas pu opérer la délivrance, parce que les placenta ont entre eux des adhérences qui empêchent d'entraîner l'un sans l'autre, l'extraction du second enfant ne peut être différée aussi long-temps. Je crois cependant que si l'on veut prévenir les pertes qui ont souvent lieu après les accouchemens où la femme porte plusieurs enfans, on ne doit pas extraire le second, à moins qu'il n'y ait des accidens, avant que la matrice, revenue sur elle-même, ne s'efforce de l'expulser, quelque temps qui s'écoule jusqu'au renouvellement des douleurs. Plus on differe, plus on est sûr de prévenir les pertes. La conduite que je conseille ici est analogue à celle que tiennent les accoucheurs qui défendent d'opérer le décollement du placenta tant que la matrice ne se contracte pas. Comme ils établissent que, dans le cas d'inertie, il faut auparavant retirer ce viscère de son état d'engourdissement avant d'opérer la délivrance, si l'on ne veut pas exposer la femme à une hémorrhagie grave, de même il paroît naturel de penser que si l'on veut éviter les pertes, l'on doit attendre les contractions de la matrice avant d'entraîner l'enfant.

Je pense en outre que, dans le cas même où l'enfant seroit situé de manière à ne pouvoir venir par les seuls efforts de la mère quand la matrice se contractera, on ne doit pas chercher à le retourner, à moins qu'il ne survienne des accidens, tant qu'elle ne s'efforce pas de l'expulser. Cette conduite, qui n'expose à aucun inconvénient, est le moyen le plus sûr de prévenir les pertes par inertie, qui ont souvent lieu dans les grossesses composées. Si le second enfant nage dans les eaux de l'amnios, ce qui arrive le plus souvent, il ne peut résulter pour lui aucun inconvénient de ce retard dans la terminaison de l'accouchement : l'avantage qui en résulte pour la mère est très-réel et très-grand. Si les eaux sont écoulées, il n'y a rien à craindre non plus pour l'enfant à raison de ce retard, quelque long qu'il puisse être, puisque, pendant tout le temps que l'on differe,

il n'y a point de contractions qui, en comprimant le fœtus, puissent lui devenir nuisibles.

C'est surtout dans le cas où les deux placenta sont séparés l'un de l'autre que l'on pourroit laisser dans la matrice le second enfant dont le placenta conserveroit encore des adhérences avec ce viscère, lorsque le premier et son délivre ont été entièrement expulsés. Je ne vois pas, tant qu'il n'existe aucun accident et que la matrice ne fait aucun effort pour s'en délivrer, pourquoi on iroit chercher le second enfant. On s'expose à entraîner un enfant qui peut-être, dans l'ordre naturel, devoit rester encore long-temps dans la matrice. Comment distinguer les cas ordinaires de grossesse composée de ceux où il y a eu superfétation, si cette dernière peut se rencontrer dans une matrice qui ne seroit pas divisée en deux corps, comme des observateurs prétendent l'avoir vérifié à l'ouverture des cadavres? Or, on a beaucoup d'exemples de fœtus qui n'ont pas laissé de rester dans la matrice et d'y croître jusqu'au terme ordinaire, quoiqu'un autre eût été expulsé. Aucun de ces enfans, en les supposant contenus dans la même cavité que celui qui est venu le premier, n'auroit joui du bénéfice de s'y développer ultérieurement, si l'on avoit satisfait au précepte qui veut que l'on aille chercher le second enfant sans attendre les contractions, lorsqu'elles tardent trop long-temps à se manifester.

Quoique dans la grossesse composée chaque enfant soit en général plus petit que dans la grossesse ordinaire, cependant l'expulsion du premier se fait avec plus de difficulté que dans l'accouchement ordinaire, parce que la matrice ne l'embrasse pas de toutes parts lorsqu'elle se contracte : elle ne le presse que sur un seul côté.

Si, dans le cas où deux enfans présentent la tête parallèlement à l'orifice de la matrice, il survient quelque circonstance qui exige de terminer l'accouchement sans délai, il est indifférent de commencer par l'un ou par l'autre. Si on a introduit la main droite, on amène le premier celui qui répond au côté droit de la matrice; si c'est la main gauche, on com-

mence par celui qui répond au côté gauche. On doit apporter de l'attention pour distinguer les pieds qui appartiennent au même enfant. En entraînant les pieds, on doit écarter avec soin la tête du second du détroit supérieur, de crainte que celle du premier ne l'accroche et ne l'entraîne au-devant d'elle dans la courbure du sacrum.

Il peut se faire que la tête du premier enfant, quoique située convenablement et d'un volume médiocre, n'avance cependant pas, quoique les contractions de la matrice soient fortes, parce que les forces expulsives de la matrice portent sur le second qui est en travers. Il en seroit de même si les pieds, les genoux ou les fesses de l'un, quoi d'un petit volume relativement au bassin, se présentoient, tandis que l'autre est situé en travers : dans ces cas, une très-petite partie des forces est transmise à l'enfant qui se présente. Souvent l'accouchement ne peut s'opérer sans les secours de l'art, à moins que les contractions de la matrice ne soient très-énergiques, quelle que soit la partie qui se présente. On doit aller chercher les pieds si les membres abdominaux se présentent, ou bien lorsque la tête n'est pas encore engagée, si c'est cette partie qui avance. On doit, au contraire, appliquer le forceps si la tête est parvenue dans l'excavation.

Si les têtes des enfans, au lieu d'être placées parallèlement à côté l'une de l'autre, se croisent obliquement, soit de manière que la tête de l'un porte sur la fosse iliaque gauche et le tronc sur l'autre côté, tandis que la tête de l'autre est appuyée sur la fosse iliaque droite et le tronc sur le côté gauche; soit de manière que la tête de l'un des enfans porte sur l'une des fosses iliaques, tandis que celle de l'autre répond au pubis ou au sacrum; soit de manière que, pendant que l'un des enfans est placé en travers, l'autre est comme à cheval sur lui, on doit, dans tous ces cas, aller chercher les pieds, en commençant par celui qui est en-dessous, parce qu'il est celui dont les pieds sont plus aisés à atteindre.

Le cordon de l'un des enfans peut être sorti pendant que la tête ou une autre partie de l'autre tend à s'engager. Tant que

les pulsations se soutiennent, si la tête se présente, on doit attendre; si les pulsations diminuent, on doit extraire la tête avec le forceps, si elle est déjà fort engagée, pour retourner promptement celui dont le cordon est sorti. Mais si la tête est encore au-dessus du bassin ou peu engagée, ou bien si l'enfant présente une autre partie, on doit la repousser pour aller chercher les pieds de celui dont le cordon est au-dehors. En se comportant ainsi, on fait que la compression sur le cordon dure moins long-temps.

La main de l'un des enfans peut précéder ou accompagner la tête ou une autre partie de l'autre enfant. Si c'est au début du travail, il faut la repousser ou l'empêcher de descendre en la soutenant avec quelques doigts. Si l'on n'a pas pu y réussir, parce qu'on a été appelé trop tard, la présence de la main n'offre aucune indication particulière, parce que cette partie ne peut jamais mettre obstacle à la sortie de la tête, surtout chez les jumeaux, dont le volume est moindre. L'épuisement de la femme ou un accident peuvent seuls nécessiter les secours de l'art. Si l'enfant qui s'engage présente la tête, qui est déjà fort basse, on doit l'extraire avec le forceps; si elle est peu engagée, ou si l'enfant présente toute autre partie, on doit aller chercher les pieds, et commencer par amener ceux de l'enfant dont la main est sortie.

Si les enfans étoient situés en travers, ou l'un en travers et l'autre d'avant en arrière, mais que celui qui est en-dessus présentât la main, ne seroit-il pas plus avantageux d'amener le premier celui qui est en-dessous, plutôt que de chercher à le déplacer? Pourroit-on y réussir si les eaux étoient écoulées depuis quelque temps, dans le cas où le cordon de celui qui est en-dessus formeroit une anse au-dehors?

Précautions que doit observer l'accoucheur lorsque les secours de l'art deviennent nécessaires, et plus spécialement lorsqu'on doit amener l'enfant par les pieds.

La manière de procéder à l'accouchement lorsqu'il survient dans le cours du travail quelques-uns des accidens graves dont

j'ai traité, et qui exigent de délivrer la femme sans délai, doit être différente, non-seulement suivant leur espèce et leur intensité, mais encore suivant que le travail est plus ou moins avancé au moment où il est nécessaire d'opérer. Les accoucheurs enseignent communément que l'on doit aller saisir les pieds toutes les fois que les eaux viennent de s'écouler et que la tête est encore mobile à l'entrée du bassin ou qu'elle est très-peu engagée dans le détroit. M. Flamant ne veut pas que l'on recoure à la version de l'enfant par les pieds, lors même que la tête est encore placée au détroit abdominal. Si tous les accoucheurs savoient employer le forceps avec assez de dextérité pour pouvoir saisir la tête, quoiqu'elle soit encore mobile au-dessus du détroit, je donnerois, comme le professeur de l'École de Médecine de Strasbourg, le précepte de recourir à l'application de cet instrument, plutôt que de retourner l'enfant pour l'extraire par les pieds. En effet, la version de l'enfant par les pieds est accompagnée de dangers si grands qu'on doit la proscrire toutes les fois qu'il existe d'autres moyens de terminer l'accouchement qui sont plus avantageux.

On convient généralement que l'on doit préférer le forceps lorsque la tête est parvenue à moitié dans l'excavation, surtout si les eaux sont écoulées depuis long-temps. Si la tête occupe le fond du bassin, il y a encore plus de raison d'accorder la préférence au forceps. Mais s'il étoit urgent de terminer l'accouchement, et que l'on manquât de forceps, il seroit encore possible de repousser la tête pour aller chercher les pieds, quand elle seroit même parvenue dans le fond du bassin, pourvu qu'en descendant elle eût entraîné au-devant d'elle le col de la matrice dont elle se trouveroit encore enveloppée, et qu'elle eût franchi le détroit supérieur sans de grandes difficultés. Dans le cas même où l'accoucheur n'est pas pourvu de forceps, il ne doit se décider à aller chercher les pieds qu'autant que le temps qu'il faudroit pour s'en procurer un exposeroit plus la mère ou le fœtus qu'il n'y auroit à craindre, pour ce dernier, de recourir à la version. L'enfant étant souvent victime de son extraction par les pieds, quand on y a recours au défaut de

forceps, tandis qu'il n'auroit couru aucun danger, ainsi que sa mère, si on avoit employé cet instrument, je regarde comme absolument nécessaire, pour éviter une manœuvre si souvent meurtrière, que l'accoucheur ne se rende jamais auprès d'une femme en travail sans être muni de son forceps. Si cet instrument devient nécessaire, on perd un temps précieux en faisant courir de tous côtés pour se le procurer, comme le font plusieurs accoucheurs.

Le forceps, qui mérite seulement la préférence lorsque la tête occupe ainsi le fond du bassin sans avoir franchi le col de la matrice, parce que son effet est plus prompt et plus sûr, doit être employé exclusivement si, dans cette circonstance, elle avoit franchi le col et qu'elle fût à nu dans le vagin. Dans ce dernier cas, on s'exposeroit à déchirer le vagin dans l'endroit où il s'unit avec la matrice si on refouloit la tête au-dessus du détroit supérieur : elle passeroit plutôt dans l'abdomen que de rentrer dans la matrice.

Dès que l'on a reconnu que l'accouchement doit être contre nature, soit à raison de quelques-uns des accidens dont j'ai parlé, soit à cause de la mauvaise position de l'enfant ou d'un vice de conformation, on doit en avertir les parens de la femme et leur exposer le danger qui peut exister, lequel est plus ou moins grand, suivant la nature des circonstances qui exigent de terminer, selon la situation plus ou moins fâcheuse de l'enfant, et le temps que les eaux sont écoulées. Dans les circonstances même les plus favorables, on ne peut jamais promettre d'amener l'enfant vivant quand on est forcé de le retourner.

Si l'on doit faire connoître aux parens le danger que peuvent courir soit la mère, soit l'enfant, on ne doit pas laisser entrevoir à la femme ce que son état peut avoir de fâcheux. Pour ne pas l'effrayer, l'opérateur doit toujours conserver son sang-froid, sa tranquillité, même dans le cas où le danger est le plus grand. Les moyens les plus douloureux, ou dont le succès peut être douteux, doivent être proposés avec une assurance qui en impose à la femme; son propre intérêt

exige que l'on cherche à lui inspirer une confiance que l'on n'a pas réellement. L'accoucheur ne doit pas, dans les circonstances alarmantes, affecter un air triste et sérieux, témoigner de l'étonnement; il doit éviter de parler bas ou à l'oreille des assistans; il doit recommander la même réserve à ceux qui sont présens, parce que, comme le dit Lamotte (liv. 1, chap. xxv), la malade s'imagine toujours que c'est d'elle que l'on parle, et que c'est son arrêt de mort que l'on prononce. Si la femme pouvoit lire sur notre figure l'embarras où nous sommes dans quelques cas difficiles, son inquiétude augmenteroit : le moindre signe, le plus petit geste de notre part sont regardés par elle comme un indice que sa perte est inévitable et prochaine.

Pour ménager la sensibilité de la femme, on doit mettre le moins d'appareil possible toutes les fois que l'on est obligé de porter la main dans la matrice pour terminer l'accouchement. On ne doit pas poser son habit si l'on peut s'en dispenser, mais se contenter de relever les manches. On ne doit jamais exposer aux yeux de la femme sa main teinte de sang; il faut l'essuyer avec les linges qui sont placés sur le bord du lit toutes les fois qu'on la retire de la matrice.

Dans tous les accouchemens contre nature où l'on craint pour la vie de l'enfant, on doit l'ondoyer sur la première partie qui se présente au-dehors; on verse l'eau en forme de croix sur cette partie, et on prononce d'une manière distincte ces paroles sacramentelles : *Enfant, je te baptise au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit.* Si l'on doute de la vie de l'enfant, on doit ajouter ces mots : *si tu es vivant.* On n'administre le baptême que sous condition si l'enfant est monstrueux : la formule doit alors être ainsi conçue : *Si tu es capable de baptême*, je te baptise, etc.

Lorsqu'on termine l'accouchement parce que la femme éprouve quelques-uns des accidens dont j'ai fait mention, le moment d'opérer est indiqué par la nature des circonstances et par l'état du col de la matrice; car souvent, au moment où l'accident se manifeste, le col n'est pas assez ouvert pour que

l'opérateur puisse introduire la main ou appliquer le forceps. On doit auparavant en faciliter la dilatation par des injections émollientes, par des fumigations de même nature.

Quand il n'existe aucun accident, et que la mauvaise situation seule de l'enfant rend l'accouchement contre nature, le moment le plus favorable pour opérer est celui où les membranes se rompent spontanément s'il existe une dilatation suffisante de l'orifice de la matrice. Quand on reconnoîtroit que l'enfant est mal situé, on doit donc attendre, pour opérer, le moment de l'ouverture de la poche des eaux, ou bien ne la diviser, s'il est nécessaire de le faire, que dans l'instant où il seroit indiqué d'y procéder, lors même que la tête se présenteroit convenablement, et peut-être même plus tard, ainsi que je l'ai indiqué en traitant de la rupture de la poche des eaux, que dans les circonstances où l'accouchement pourroit encore être confié à la nature après cette crevasse. En effet, comme je l'ai fait voir dans cet article, il y auroit beaucoup plus d'inconvéniens de rompre les membranes avant le temps convenable lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant, que lorsqu'il peut sortir spontanément.

Si l'on différoit long-temps après l'évacuation des eaux à extraire l'enfant, l'engorgement et l'inflammation de la matrice pourroient être la suite d'un délai trop long, en même temps qu'il seroit plus difficile et plus dangereux de retourner l'enfant, parce que la matrice l'embrasseroit plus étroitement. En opérant avant une dilatation suffisante, la violence qu'il faudroit exercer pour ouvrir le col pourroit avoir des suites funestes; mais si l'on est appelé après la rupture de la poche, il faut opérer sur-le-champ, à moins que l'on ne soit obligé de différer pour satisfaire à des indications pressantes. Les efforts auxquels s'est livrée la matrice après l'évacuation des eaux, peuvent avoir produit un état inflammatoire ou spasmodique auquel il est nécessaire de remédier avant tout. Cette dernière circonstance est une cause fréquente des difficultés que l'on éprouve pour retourner l'enfant. Lorsqu'on veut retourner l'enfant sur lequel la matrice est resserrée spas-

modiquement, on ne peut en venir à bout, ou au moins sans dangers pour les deux individus, qu'après avoir employé intérieurement et extérieurement les anti-spasmodiques, comme saignées, bains, etc. pour faire cesser les obstacles. Sans cette précaution, les efforts les plus considérables peuvent être insuffisans, tandis qu'une force moindre suffit quand on a combattu cet état. Ce n'est qu'après avoir satisfait à cette indication que l'on peut opérer sans inconvéniens la version de l'enfant.

On ne pourroit pas agir au moment de l'ouverture spontanée de la poche des eaux si cette rupture avoit lieu au commencement du travail. Quelle que soit la position de l'enfant, on doit attendre qu'il y ait assez de dilatation pour l'introduction de la main. C'est l'oubli de cette règle qui a porté pendant long-temps les accoucheurs à employer des procédés barbares lorsque la main et le bras se présentoient au-dehors.

Dès que l'on a fixé le moment le plus favorable pour opérer, on donne à la femme une situation convenable. En effet, si elle n'est pas indifférente dans le dernier moment de l'accouchement naturel, elle l'est encore moins lorsqu'il est contre nature, et qu'on est obligé d'aller chercher les pieds ou d'appliquer le forceps.

Le lit où l'on place la femme doit être solide et garni d'un nombre de matelas suffisant pour qu'il soit élevé à la hauteur de l'opérateur. S'il n'est pas à la hauteur de celui qui opère, il est plus gêné dans ses mouvemens, et le coude que fait l'avant-bras lorsque la femme est trop basse empêche qu'il puisse conduire la main aussi avant. On place la femme en travers du lit, de manière que les fesses soient placées sur le bord, et que le coccyx et le périnée portent à faux. Elle doit être couchée le plus horizontalement possible, les cuisses et les jambes à demi-ployées, et les pieds appuyés sur des chaises ou soutenus par des aides. On met un coussin sous les fesses pour qu'elles s'enfoncent moins; on garnit ensuite le lit de draps pliés en forme d'alaises; les aides qui fixent les pieds doivent écarter les cuisses modérément. Un autre aide, placé derrière

les épaules de la femme, doit la retenir pour qu'elle ne descende pas. Cette situation est celle qui est la plus convenable dans tous les cas. Celui qui connoît bien la direction de l'axe du bassin n'a jamais besoin de faire placer la femme sur les coudes et les genoux, comme l'ont recommandé plusieurs accoucheurs pour certaines positions.

On trempe la main que l'on doit introduire dans un mucilage, ou on l'enduit d'huile ou de beurre : cette précaution rend son introduction plus facile et moins douloureuse pour la femme ; elle met aussi l'accoucheur à l'abri des virus dont elle pourroit être atteinte. Le moment de la douleur est celui que l'on doit choisir pour faire pénétrer la main dans le vagin, parce que l'effort auquel se livre la femme en poussant en en bas la fait, pour ainsi dire, entrer d'elle-même. Si les parties extérieures sont très-étroites, on introduit les doigts successivement.

On doit au contraire choisir le moment de calme pour introduire la main dans la matrice ; car dans l'instant de la douleur, les parois de cet organe sont tendues sur le corps de l'enfant qu'elles embrassent étroitement, et elles opposeroient plus de résistance à l'introduction de la main. C'est aussi l'intervalle des douleurs qu'il faut choisir pour retourner l'enfant ; car, pendant la douleur, il est plus étroitement serré dans la matrice. La femme ne doit donc faire aucun effort, soit pendant qu'on introduit la main dans l'utérus, soit pendant qu'on s'efforce de retourner l'enfant. On doit au contraire attendre les douleurs pour en faire l'extraction, et engager dans ce moment la femme à pousser en bas. Pendant qu'on introduit une main dans la matrice, et pendant qu'on retourne l'enfant, l'on doit avec l'autre, appliquée sur le bas-ventre, fixer cet organe pour prévenir sa déchirure, et changer au besoin sa situation.

Si quelquefois on peut se servir indifféremment de l'une ou de l'autre main pour retourner l'enfant, il est aussi des occasions où l'on doit préférer l'une à l'autre. La facilité de l'opération, quelquefois même son succès, dépendent de la main que l'on

emploie. Le choix que l'on doit faire de l'une ou de l'autre est toujours réglé par le côté du bassin où les pieds doivent se dégager. On peut déterminer par quelques règles générales, d'une manière aussi sûre qu'elle est aisée, le choix que l'accoucheur doit faire de l'une des mains préférablement à l'autre.

Une première règle générale détermine le côté du bassin où les pieds doivent se dégager. Il est en général plus avantageux de ramener les pieds sur la partie antérieure : de cette manière on tend à courber de plus en plus le tronc dans le sens que la nature elle-même l'a ployé. En agissant ainsi suivant sa flexion naturelle, les mouvemens qu'exécute l'enfant sont moins étendus, puisque l'arc suivant lequel il est plié dans la matrice est moins allongé. Deventer avoit appris par l'expérience que l'on retourne plus aisément les enfans en amenant les pieds du côté de la tête qu'en les tirant vers les fesses.

Deuxième règle. Lorsque l'enfant est mobile, ou bien lorsque les pieds sont faciles à allonger parce qu'ils sont très-près de l'orifice, on peut absolument les entraîner en arrière sans lui faire courir de dangers : mais si l'enfant est pressé dans la matrice, il est de nécessité de faire passer les pieds sur sa partie antérieure. Si dans cette circonstance on tiroit les pieds de manière à renverser le tronc en arrière, on augmenteroit encore l'arc que l'enfant décriroit en roulant dans la matrice; et si l'on triomphoit des obstacles que l'on auroit aggravés par cette manœuvre vicieuse, on s'exposeroit à luxer ou à fracturer la colonne rachidienne, à laquelle on imprimeroit une flexion contre nature.

On doit déduire des deux règles précédentes cette conséquence naturelle : savoir, que les pieds ne doivent pas toujours sortir vers le côté du bassin sur lequel ils sont situés. Quoique les pieds soient placés sur la fosse iliaque gauche, ils doivent venir se dégager à droite, en passant sur le devant du tronc, si, dans cette position, la partie antérieure regarde le sacrum et que l'enfant ne soit plus mobile parce que les eaux sont écoulées depuis long-temps. De même les pieds, quoique situés sur la fosse iliaque droite, devront sortir à gauche, si les circonstances sont les mêmes que dans le cas précédent.

Troisième règle. Dès que l'on connoît le côté du bassin où les pieds doivent se dégager, on sait toujours quelle est la main que l'on doit introduire pour les extraire. Le côté de la femme où l'on doit amener les pieds détermine toujours, sans équivoque, le choix que l'on doit faire, dans les cas difficiles, d'une main préférablement à l'autre. On doit introduire la main gauche toutes les fois que les pieds doivent sortir à droite : on doit, au contraire, porter la main droite toutes les fois que les pieds doivent se dégager sur le côté gauche du bassin.

Deux raisons nécessitent le choix que l'on doit faire de l'une des mains préférablement à l'autre, suivant le côté de la mère où les pieds doivent se dégager. La main gauche a moins d'espace à parcourir pour parvenir aux pieds lorsqu'ils doivent sortir à droite. Plus l'enfant est pelotonné, plus cet espace diminue, tandis que celui que parcourroit la main droite devient plus long : elle est la seule qui soit située favorablement pour saisir les pieds. Si l'on portoit la main droite, le dos répondroit aux pieds, à moins qu'on ne l'introduisît dans une situation contre nature; ce qui ôte à l'accoucheur sa force et sa dextérité. On trouve les mêmes avantages à se servir de la main droite de préférence à la gauche, qui, outre qu'elle se présenteroit moins favorablement, auroit plus d'espace à parcourir lorsque les pieds doivent sortir à gauche.

On ne peut pas fixer d'une manière générale la direction que la main doit suivre dans la matrice pour atteindre les pieds. Comme elle varie suivant la situation de l'enfant, je ne puis indiquer le chemin le plus court et le plus facile pour parvenir jusqu'aux pieds que lorsque je traiterai de chaque position en particulier. Lorsque les pieds sont éloignés de l'orifice et pressés dans la matrice, il est nécessaire d'entraîner tous les deux. Lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps, on arracheroit plutôt le pied que d'amener l'enfant en tirant sur un seul : le plus souvent même on ne peut les extraire que l'un après l'autre. Dans les manœuvres que je vais décrire, je les supposerai toujours tellement serrés ou embarrassés l'un dans l'autre, que l'on ne peut pas les entraîner en même temps. Une fois

que les pieds sont au-dehors, on a l'attention de tirer dessus avec lenteur, et seulement pendant les contractions de la matrice. On doit terminer l'accouchement plus ou moins promptement, suivant l'état où se trouve la matrice, et suivant la nature de la circonstance qui exige de recourir à l'art.

On pourroit établir trois genres parmi les accouchemens qu'un accident rend contre nature, et où la main suffit pour extraire l'enfant. Le premier comprendroit les six espèces où la tête se présente par la région occipitale; le second genre, tous les accouchemens compris dans la deuxième classe, lorsqu'un accident force l'accoucheur à renoncer à la première indication, qui consiste à réduire la tête à sa situation naturelle; le troisième genre comprendroit les accouchemens par les membres abdominaux, lorsqu'un accident ne permet pas de les confier à la nature. Les indications que présenteroit ce troisième genre ont déjà été exposées ailleurs : elles sont absolument les mêmes que celles que l'on a à remplir lorsqu'on se propose d'aider la nature dans ces accouchemens. La manœuvre pour aller chercher les pieds étant absolument la même lorsque la tête est renversée que lorsqu'elle se présente par la région occipitale, je réunirai en un seul article les indications du premier et du second genre. Les côtés de la tête font partie des surfaces latérales, et la nuque appartient au plan postérieur. Je n'exposerai la manœuvre qui convient pour aller chercher les pieds dans l'un et l'autre cas que lorsque je traiterai de chacun de ces plans.

Procédé pour aller chercher les pieds, soit que la tête se présente par la région occipitale, soit qu'elle soit dans un état de renversement.

Quoique le front et la face ne puissent pas en général sortir par les seuls efforts de la nature, la première indication n'est pas d'aller chercher les pieds : on doit redresser la tête. Ce n'est que dans le cas d'accidens, ou lorsqu'il est impossible de la ramener à sa situation naturelle, que l'on doit retourner l'enfant : cette réflexion est applicable à toutes les positions. On voit naturellement que le nombre des positions pourroit être le même

que pour le premier ordre de l'accouchement naturel ; mais le procédé étant le même lorsque la tête répond à l'un des côtés du bassin, soit que l'occiput, le front ou la face regardent la cavité cotyloïde, ou la symphyse sacro-iliaque du même côté, ce seroit se répéter inutilement que de décrire ce procédé autant de fois qu'il y a d'espèces dans l'accouchement naturel par la tête. Je réduirai donc la première position et la cinquième en une seule, la deuxième et la quatrième en une autre, parce que le procédé opératoire que l'on emploie pour aller chercher les pieds est absolument le même : que l'occiput, le front ou la face se présentent à la partie antérieure ou postérieure de l'un des côtés du bassin, les pieds répondent toujours au même côté et doivent se dégager sur le même côté du bassin ; c'est toujours la même main que l'on doit introduire. Les pieds une fois au-dehors, leur rapport avec le bassin est le même dans l'un et l'autre cas.

Position dans laquelle l'Occiput, le Front ou la Face se présentent vers le côté gauche du bassin, soit en avant, soit en arrière.

Les règles générales que j'ai établies indiquent que l'on doit, dans cette position, introduire la main gauche. Si l'enfant n'est plus mobile parce que les eaux sont écoulées depuis long-temps, on pourroit ne pas réussir à extraire les pieds avec la main droite, qui, dans tous les cas, se présente moins favorablement. Je supposerai toujours que cette dernière circonstance existe, parce qu'elle exige que l'on observe rigoureusement les règles que je vais tracer.

On introduit donc la main gauche dans un état moyen entre la pronation et la supination ; on repousse de bas en haut et de derrière en devant les parties qui se présentent, pour les dégager du détroit supérieur. Il est nécessaire de les repousser de cette manière pour leur faire suivre la direction de l'axe du détroit ; on les porte sur la fosse iliaque gauche, où on les maintient avec le poignet et l'avant-bras pour qu'elles ne descendent pas pendant que l'on va chercher les pieds. Pour les atteindre,

on suit le côté de l'enfant qui répond à la partie postérieure de la matrice; on porte d'abord les doigts réunis derrière l'oreille; on parcoure ensuite successivement le côté du cou, le derrière de l'épaule, les côtés et la hanche pour parvenir jusqu'aux pieds. On trouve un grand avantage à parcourir ainsi successivement toutes les parties du tronc de l'enfant; on évite par là de prendre l'épaule pour la hanche, le coude pour le genou et la main pour le pied, comme cela pourroit arriver si elles se présentoient sans ordre à la main de l'opérateur, qui souvent distingue avec difficulté. L'on voit quelquefois, lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps, la main être si fortement pressée par la matrice qu'elle perd le sentiment et la force, ce qui oblige de la retirer pour quelque temps. En passant sur les côtés, on pelotonne de plus en plus l'enfant sur lui-même. Si la main, au lieu d'être dirigée sur les côtés, étoit conduite le long de la poitrine, on s'exposeroit à écarter les bras de cette partie sur laquelle ils sont appliqués, et on défléchiroit l'enfant, ce qui rendroit sa descente plus difficile.

En conduisant les doigts, il faut faire le moins de coude possible. Quand la main est parvenue en glissant jusqu'à la hauteur de la hanche, on la conduit transversalement sur la cuisse et la jambe pour saisir les pieds; si l'enfant est encore mobile, on peut les entraîner tous deux en même temps à l'entrée du vagin, en les faisant passer sur la face et la poitrine de l'enfant; mais souvent on ne peut saisir qu'un seul pied. On commence par celui du côté que l'on a parcouru, à moins que ce pied ne soit engagé dans le pli du jarret de l'autre; car lorsque les pieds sont ainsi croisés, on doit toujours abaisser le premier celui qui est en-dessus. Quand on dégage les pieds l'un après l'autre, on doit toujours les tirer dans le sens de l'adduction, et les faire descendre sur la surface antérieure de l'enfant : en tirant dans l'abduction, on s'exposeroit à luxer l'articulation de la cuisse. Pendant qu'avec les doigts placés sur la jambe on l'entraîne en la faisant passer sur l'autre, on doit, avec le pouce, repousser le genou dans le vide que laissent les pieds dans le fond de la matrice.

Quand on a amené le premier pied au dehors ou à la vulve, on y applique un lacs pour le retenir, pendant qu'on conduit de nouveau la main dans la matrice le long de la partie postérieure, ou en suivant la même route que la première fois pour aller chercher le second pied. On est presque toujours obligé de repousser la tête avec la main qui tient les pieds que l'on a entraînés dans le vagin, pour parvenir à dégager les fesses; car souvent elle s'applique au détroit supérieur, et ne s'éloigne pas suffisamment pour leur permettre de s'engager. Lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps, il est souvent nécessaire de tirer sur les pieds en même temps que l'on repousse la tête, parce qu'elle s'y applique de nouveau avant qu'on ait pu les saisir; il faut alors placer un lacs sur l'un des pieds pour tirer dessus avec la main qui est au-dehors, tandis que l'on conduira l'autre vers le détroit supérieur pour en éloigner la tête. Il suffit de placer un lacs sur un seul pied, que l'on porte de préférence sur le pied qui est en-dessous du pubis.

On plie le lacs dans son milieu, et on en forme une anse dans laquelle on passe les deux chefs. On insinue les doigts dans l'anneau qui en résulte pour le porter sur le pied : les doigts de l'autre main poussent cet anneau pour le faire parvenir sur le bas de la jambe. Comme cet anneau forme une espèce de nœud coulant, on tire sur les deux chefs qui sont au-dehors pour le serrer. Ce procédé doit être mis en usage toutes les fois que l'on éprouve des difficultés pour entraîner les pieds.

Dès que les pieds paroissent au-dehors de la vulve, on doit tirer un moment, uniquement sur le pied qui est au-dessous du pubis, pour favoriser la conversion du tronc et la descente des fesses. Cette conversion opérée, le tronc se trouve placé comme si les talons se fussent présentés primitivement vers la cavité cotyloïde droite, et l'accouchement se termine ensuite comme dans cette espèce. Lorsque l'occiput, le front ou la face répondent à la partie postérieure, il est encore plus nécessaire, dès que les pieds paroissent au-dehors, de tirer uniquement pendant quelque temps sur celui qui est sous le pubis.

Position dans laquelle l'Occiput, le Front ou la Face se présentent vers la cavité cotyloïde droite, ou vers la symphyse sacro-iliaque du même côté.

S'il est nécessaire d'aller chercher les pieds lorsque ces parties se présentent à l'entrée du bassin, on doit employer la même main, soit qu'elles répondent à la partie antérieure ou à la partie postérieure du bassin. La main droite mérite la préférence dans tous les cas : le succès de l'opération tient à l'introduction de cette main, si les eaux sont écoulées depuis longtemps. On repousse la tête pour la porter sur la fosse iliaque droite; on va ensuite chercher les pieds en suivant le côté de l'enfant qui regarde en arrière, et on observe toutes les précautions que j'ai indiquées dans la position précédente, soit pour parcourir les côtés, soit pour dégager les pieds.

Les pieds amenés au-dehors, on tire un instant sur celui qui répond au pubis pour faciliter la conversion de la poitrine vers la symphyse sacro-iliaque droite. C'est surtout dans le cas où ces régions sont situées vers l'échancrure ischiatique droite que cette précaution est encore nécessaire.

Position dans laquelle l'Occiput, le Front ou la Face, répondent au pubis.

Si quelques circonstances exigent que l'on retourne l'enfant, il est indifférent de se servir de la main droite ou de la gauche. Suivant la main dont on a fait choix, on porte la tête sur l'une des fosses iliaques; savoir, sur la droite si on se sert de la main droite, et sur la gauche si on se sert de la main gauche, de manière que la face regarde la main qui opère. Pour faire décrire à la tête cette rotation qui porte la face de côté, on doit placer les doigts sur le côté de la tête qu'ils doivent parcourir, pendant que le sommet porte dans la paume de la main : on évite par là des mouvemens dans la matrice. Les doigts de la main droite doivent être placés à droite, et ceux de la main gauche à gauche. Lorsque la main est parvenue derrière l'é-

paule, on doit faire éprouver au tronc la même rotation que l'on a imprimée à la tête : le premier mouvement s'est borné à cette dernière, à raison de la torsion dont le cou est susceptible.

Position dans laquelle l'Occiput, le Front ou la Face répondent au sacrum.

Si des accidens exigent d'aller chercher les pieds, on peut introduire à son choix l'une ou l'autre main pour dégager la tête : on la porte sur la fosse iliaque droite si on se sert de la main droite, et sur la fosse iliaque gauche quand on se sert de la main gauche. On saisit la tête avec assez de force pour lui faire exécuter un mouvement de pivot, qui dirige la face de côté. On doit l'embrasser de manière que la face regarde la paume de la main, et que les doigts soient appliqués sur le côté de la tête que la main de l'opérateur doit parcourir pour aller prendre les pieds, et le pouce sur l'autre côté. Lorsque la main est parvenue à l'épaule, on doit imprimer au tronc la même rotation que l'on a fait exécuter à la tête; on termine ensuite l'accouchement comme dans l'une des deux premières positions.

SECTION DEUXIÈME.

Accouchemens essentiellement contre nature où la main suffit.

Cette section comprend les positions du tronc. Quelque grande que puisse paroître, dans quelques cas, la réduction que je vais proposer, elle ne laissera néanmoins rien à desirer sous le rapport des procédés opératoires, dont elle donnera une connoissance aussi exacte qu'on pourroit le faire en établissant un plus grand nombre de positions. Déjà quelques modernes, convaincus de la nécessité de réformer la méthode nosologique admise par les auteurs lorsque le tronc présente l'une de ses surfaces, ont proposé d'en diminuer le nombre; mais leur travail est resté incomplet, pour avoir perdu de vue que c'est par le

nombre des manœuvres nécessaires pour extraire l'enfant que l'on doit déterminer celui des positions.

Les divisions ne sont importantes en médecine qu'autant qu'elles sont fondées sur des différences assez constantes et assez notables pour faire varier le traitement. Toute division qui ne tend pas à rendre les indications curatives plus faciles à saisir, ou qui n'y apporte pas quelque changement, loin d'éclairer le médecin, ne fait qu'augmenter son embarras en jetant la confusion dans ses idées. Toute classification établie par le médecin-nosologiste doit essentiellement reposer sur cette base, et négliger les différences qui, étant purement accidentelles ou indifférentes quoique constantes, ne peuvent en aucune manière influer sur le traitement, s'il ne veut pas s'écarter de la marche que l'on suit dans les autres sciences, et s'exposer à manquer le but qu'il se propose d'atteindre.

En faisant l'application de ces principes aux positions que les auteurs ont admises sur les diverses surfaces du tronc de l'enfant, il me semble que l'on ne peut pas s'empêcher de reconnoître que leur multiplicité nuit à leur intelligence, et que plusieurs sont au moins inutiles, puisqu'elles n'exigent pas un procédé opératoire différent. En subordonnant leur nombre à celui des procédés opératoires qui deviennent nécessaires pour terminer avec la main ces accouchemens essentiellement contre nature, on peut avec avantage les restreindre à un nombre beaucoup plus limité qui en facilite l'étude, en même temps qu'il fait qu'elles se gravent plus sûrement dans la mémoire.

On distingue trois plans sur le tronc de l'enfant, ce qui me fournit une première division en trois genres. Les parties latérales forment le premier genre, la surface postérieure le second, le plan antérieur le troisième.

Les accoucheurs modernes établissent que, lorsque l'un des points de ces trois plans, comme le dos, le sternum, les côtés proprement dits, se présentent à l'orifice, l'accouchement ne pouvant pas se faire par les seuls efforts naturels, l'on doit aller chercher les pieds. Quelque généralement admise que soit cette

doctrine, deux praticiens distingués, MM. Osiander, professeur à l'université de Gottingue, et Flamant, professeur à l'École de Médecine de Strasbourg, ont cherché à faire revivre la doctrine d'Hippocrate, et ils donnent le conseil de ramener de préférence la tête à l'orifice de la matrice, plutôt que d'opérer la version par les pieds. Tous les praticiens convenant des dangers que fait courir à l'enfant sa version par les pieds, on doit en conclure que toutes les fois que l'on pourra, quelle que soit la position du fœtus, réussir à la changer au point de ramener la tête à l'orifice de la matrice, l'accoucheur devra accorder la préférence à cette manœuvre, plutôt que d'aller chercher les pieds. Toute la question se réduit donc à décider s'il est possible de la ramener à l'orifice; car il n'est aucun accoucheur qui ne convienne des avantages qui résulteroient pour l'enfant en le faisant venir par la tête.

C'est avec raison que la plupart des accoucheurs modernes soutiennent que cette manœuvre seroit impossible si les eaux étoient écoulées depuis long-temps et le fœtus fortement pressé. Dans les cas même où l'enfant seroit mobile, la version par la tête leur paroît offrir des difficultés qui doivent faire préférer la version par les pieds. Smellie (tome 1er, p. 372 jusqu'à 377), décrivant les procédés par lesquels les anciens et quelques modernes, à leur imitation, ramenoient la tête à l'orifice, lors même que le fœtus étoit en travers, ajoute que, « dans les premiers temps de sa pratique, il tâchoit le plus souvent d'ajuster la tête de cette manière; mais, à cause des difficultés qu'il rencontroit, il s'est attaché à la version par les pieds, qui lui a paru plus sûre et plus avantageuse ». Smellie eût dû dire seulement qu'elle étoit plus facile à exécuter; car il est évident qu'elle est plus dangereuse pour l'enfant.

Si on préféroit ramener la tête à l'orifice lorsque le fœtus est en travers, pendant qu'il est encore mobile, on n'iroit point la saisir avec la main comme on fait pour les pieds : pour la faire descendre, on est presque toujours obligé d'agir sur l'autre extrémité du tronc. On se contente, pour pratiquer la version par la tête, de soulever les fesses vers le fond de l'utérus.

PREMIER GENRE. *Parties latérales du Tronc.*

Comme dans l'ouvrage de M. le professeur Baudelocque les parties latérales de l'enfant sont classées en dernier lieu, tandis que je commence l'exposition des manœuvres propres à extraire le tronc par celles qui sont indiquées lorsque les côtés se présentent, je crois devoir justifier cette inversion, et prouver que ce n'est pas par le simple desir d'innover que je propose ce changement. D'abord, il me paroît que l'on s'écarte de la marche de la nature en commençant par la partie antérieure du tronc, et en finissant par les surfaces latérales, puisque l'expérience apprend que le tronc se présente bien plus rarement par son plan antérieur que par ses côtés. Il est même quelques-unes des régions de la surface antérieure, telles que la poitrine, qui, pour se présenter à l'entrée du bassin, exigent que l'enfant prenne une attitude si extraordinaire, la tête devant se renverser sur le dos, que l'on en trouve à peine quelques exemples dans les observateurs. Si ce genre d'accouchemens est le plus rare de tous, il est aussi le plus fâcheux : or, n'est-il pas généralement admis que l'on doit, dans les sciences, s'élever du plus simple au composé, des cas que l'on observe fréquemment à ceux qui sont plus rares. Si l'on veut suivre une marche uniforme, on doit, dans les accouchemens contre nature, comme on l'a fait pour ceux qui sont naturels, exposer en premier lieu ceux qui sont plus communs, plus faciles ou plus avantageux pour l'un ou l'autre individu.

Il est indispensable de commencer la manœuvre des accouchemens où l'enfant offre le tronc par celle des côtés, parce que la connoissance du procédé qui convient pour terminer ces espèces d'accouchemens est nécessaire pour opérer lorsque certaines régions de la surface antérieure ou postérieure se présentent. Pour retourner l'enfant dans certaines positions de ces surfaces, on est obligé, comme nous le verrons, et ainsi qu'il résulte de la manœuvre conseillée par M. Baudelocque, de les convertir d'abord en partie en celles des surfaces latérales correspondantes, pour entraîner ensuite les pieds, comme si les

côtés se fussent présentés. Je n'en citerai qu'un exemple pour chacun de ces plans.

Lorsque la partie postérieure de l'enfant se présente de manière que l'occiput soit situé vers le pubis et les pieds vers le sacrum, si on ne peut pas aller saisir ces derniers sur les fesses sur lesquelles ils sont appliqués, parce que les eaux étant écoulées depuis long-temps, on s'exposeroit en les entraînant à renverser le tronc en arrière, M. le professeur Baudelocque conseille d'introduire l'une ou l'autre main dans un état moyen entre la pronation et la supination, pour écarter les fesses de la colonne lombaire, et pour les diriger vers l'un des côtés du bassin, suivant la main dont on a fait choix : pendant ce temps on porte avec l'autre main la tête vers le côté opposé, afin de donner à l'enfant une situation diagonale relativement à l'entrée du bassin. N'est-il pas évident que, par cette manœuvre, on convertit en partie cette position en celle des surfaces latérales correspondantes, avant de chercher à amener les pieds?

Si l'enfant présente l'une des régions de sa surface antérieure, l'occiput placé vers le pubis et les membres abdominaux vers le sacrum, M. Baudelocque conseille de terminer en agissant avec l'une ou l'autre main, qui doit être conduite dans un état de supination, de manière à diriger les fesses vers l'un des côtés du bassin, et la face antérieure vers celui où les pieds doivent se dégager, suivant la main dont on a fait choix pour opérer; c'est-à-dire que l'on tournera la face antérieure vers le côté gauche si l'on agit avec la main droite, et vers le côté droit du bassin, au contraire, si l'on a préféré porter la main gauche. On ne peut encore méconnoître ici que, pour extraire les pieds, l'on a été forcé de convertir en partie cette position en l'une de celles des surfaces latérales correspondantes.

Les côtés de l'enfant peuvent se présenter de quatre manières à l'entrée du bassin : dans la première position, le sommet de la tête répond au côté gauche de la mère, et les pieds au côté droit; dans la deuxième, les membres abdomi-

naux répondent à la fosse iliaque gauche, et la tête à celle du côté droit; dans la troisième, l'extrémité encéphalique est vers le pubis et les pieds vers le sacrum; dans la quatrième position, la tête porte sur le sacrum ou sur ses côtés, et les pieds sur les os pubis.

Les raisons suivantes m'ont déterminé à m'écarter encore ici de la classification admise par M. le professeur Baudelocque, et à considérer comme les premières positions celles dans lesquelles la tête porte sur l'une des fosses iliaques, et les membres abdominaux sur celle du côté opposé. En regardant avec cet auteur comme la première position celle où la tête répond au pubis, pendant que les pieds sont situés vers le sacrum, on abandonne la marche uniforme que l'on avoit suivie dans l'accouchement naturel soit par la tête, soit par les membres abdominaux. Dans ces deux ordres d'accouchemens, la première position a été placée par les auteurs modernes derrière la cavité cotyloïde gauche. Outre qu'il y a plus d'uniformité, les positions des parties latérales de l'enfant où la tête répond à l'un des côtés du bassin, sont plus communes, plus faciles à terminer que celles où la tête est placée sur le pubis ou vers les côtés du sacrum. De l'aveu de M. Baudelocque, la position où le sommet de la tête est au-dessus du rebord des os pubis n'est pas la plus ordinaire. Aucune position ne présente plus de difficulté pour retourner l'enfant que celle dans laquelle les pieds se trouvent placés au-dessus des os pubis. Pour terminer l'accouchement lorsque les pieds sont au-dessus du pubis et la tête vers le sacrum, le procédé qui paroît offrir plus d'avantage, consiste à convertir cette double position en l'une de celles où les côtés se présentent, la tête et les membres abdominaux placés sur l'une et l'autre fosses iliaques.

Dans chacune de ces quatre positions, sans changer les rapports de la tête et des membres abdominaux avec les points du bassin auxquels ils correspondent, l'enfant peut se présenter de deux manières, suivant qu'il offre le côté droit ou le côté gauche. Le côté de l'enfant n'étant plus le même, sa partie antérieure, qui sert de boussole à l'accoucheur toutes les fois

qu'il doit aller chercher les pieds, ne répond plus au même point du bassin, et indique à l'opérateur que, quoique les pieds soient placés sur la même fosse iliaque, ils ne doivent pas, dans tous les cas, être entraînés avec la même main, ni sortir sur le même côté du bassin. En effet, les deux côtés de l'enfant, quoique parfaitement semblables, offrent des indications différentes relativement à la manière d'extraire les pieds; en sorte que l'on ne peut pas se dispenser de décrire le procédé qui convient dans ces diverses positions, suivant que c'est le côté droit ou le côté gauche qui répond à l'entrée du bassin : ce qui donne huit positions, chacune des précédentes étant double.

Quoique l'un de ces plans offre des indications différentes de l'autre, je crois que, pour les faire connoître, il est plus avantageux d'abandonner l'expression de *côté droit ou gauche*, qui ne rappelle que confusément ce qu'il faut faire. Je préfère fixer la présence de l'un ou de l'autre côté par les rapports de la partie antérieure de l'enfant avec les divers points du bassin, lesquels varient dans chaque position primitive, suivant le côté qui se présente. Cette manière de déterminer ces positions par la situation du plan antérieur me paroît offrir un avantage manifeste, puisque c'est de ses rapports relativement au bassin que l'on déduit le procédé opératoire. C'est la situation de la partie antérieure de l'enfant qui indique à l'accoucheur sur quel côté du bassin on doit dégager les pieds, puisque, comme je l'ai établi, il est en général plus avantageux de les ramener en devant, mais qu'il est de nécessité de les y faire passer toutes les fois que l'enfant n'est plus mobile dans la matrice, sans quoi, en tirant les pieds de manière à renverser le tronc en arrière, on s'exposeroit à luxer ou à fracturer la colonne rachidienne à laquelle on imprimeroit une flexion contre nature.

Les accoucheurs ont distingué cinq régions sur chacun des côtés. Il n'est aucune de ces régions qui ne puisse s'offrir à l'orifice de la matrice pendant le travail de l'enfantement : l'accoucheur doit s'habituer à les reconnoître par le toucher. Sans la connoissance des signes caractéristiques de chacune de ces régions, il ne pourroit pas être assuré que l'un

des côtés se présente; il seroit incertain sur la position de l'enfant.

Mais doit-on établir des positions différentes pour chacune de ces régions, comme l'ont fait les auteurs? Pour résoudre cette question d'une manière précise, il faut auparavant répondre à cette autre dans laquelle elle trouve sa solution. Ces régions, qu'il est important que l'accoucheur sache distinguer par le toucher pour déterminer la situation de l'enfant, offrent-elles des indications différentes les unes des autres, relativement à la manière d'opérer? Dans chacune de ces positions, quelle que soit la région qui se présente, on procède toujours de même pour aller chercher les pieds, lorsque le point du bassin auquel répond un des côtés de l'enfant est le même. Si quelques auteurs ont conseillé une manœuvre différente pour quelqu'une de ces régions, elle est moins avantageuse que le procédé uniforme et applicable à toutes les régions que je vais proposer: la seule différence qui existe, c'est qu'il n'est pas toujours également facile d'atteindre les pieds, quoique la manœuvre soit la même, parce que quelquefois ils sont très-près de l'orifice, d'autres fois très-éloignés. Lorsqu'on rencontre les parties latérales de la tête ou du cou à l'orifice de la matrice, on a plus de chemin à parcourir pour aller saisir les pieds, que lorsque les côtés proprement dits ou la hanche se présentent, parce qu'ils sont plus éloignés. Mais le plus ou moins de difficulté à exécuter une manœuvre, un espace plus étendu à parcourir pour parvenir à ce but, ne font pas pour cela que le procédé opératoire ne soit plus le même, que la main que l'on doit introduire, la route qu'elle doit suivre pour atteindre les pieds soient différentes. En partant de règles moins étendues que ne l'ont fait jusqu'à présent les auteurs, on peut donc réduire à huit les positions des côtés, au lieu de quarante, d'après la classification de M. Baudelocque, de vingt-quatre seulement suivant d'autres, sans que cette précision nuise à l'intelligence des divers procédés que l'on doit employer.

S'il peut y avoir quelque avantage, ainsi que je le pense, à admettre la réduction que je propose, il est évident qu'il ne con-

sisteroit pas à savoir beaucoup plus, mais à savoir beaucoup mieux et d'une manière plus permanente. L'art doit faire d'autant plus de progrès qu'il sera plus facile à étudier, et que les connoissances acquises échapperont plus difficilement : or, ma classification paroît présenter ce double avantage. En effet, moins les principes d'après lesquels on doit procéder à l'extraction de l'enfant seront multipliés, pourvu qu'ils donnent une connoissance exacte de la manœuvre la plus convenable, plus il doit être facile de les saisir; surtout on se les grave bien plus profondément dans la mémoire que si l'on multiplie inutilement les positions.

Dans chaque position, les rapports de la surface antérieure avec la cavité du bassin rappelant d'une manière plus sûre et plus distincte la manœuvre convenable pour aller chercher les pieds, que ne pourroit le faire l'image confuse qui naîtroit de la présence de l'un ou l'autre côté (à moins que cette idée ne fût complexe et ne déterminât en même temps la situation du plan antérieur de l'enfant), j'ai cru qu'il seroit plus avantageux, sans avoir égard à celui des deux côtés qui se présente, de chercher à s'assurer à quel point du bassin répond la partie antérieure. Quelque facile que soit ce diagnostique à établir, comme les auteurs ne s'en sont pas occupés, il est important, avant de décrire les procédés, d'indiquer par quels caractères on peut reconnoître, quelle que soit la région qui se présente, si sa face antérieure regarde en avant ou en arrière, ou bien l'un des côtés du bassin.

Une tumeur ronde, solide, sur laquelle on ne distingue ni la fontanelle antérieure, ni la fontanelle postérieure, le bas de l'oreille, sont des signes caractéristiques de la présence de l'une des parties latérales de la tête. Le bord postérieur de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure, en faisant connoître les rapports de la tête et des pieds avec le bassin, apprennent aussi si la face se trouve en avant ou en arrière, ou vers le côté droit ou gauche du bassin.

La face répond à la partie antérieure si le bord postérieur de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure regardent le sacrum.

La face est placée en arrière si ces parties sont situées vers le pubis.

Si le bord postérieur de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure se trouvent vers le côté droit de la femme, la face regarde le côté gauche; elle regarde le côté droit lorsque ces mêmes parties répondent à la fosse iliaque gauche.

Les côtés du cou, à raison de leur forme particulière, se présentent moins fréquemment à l'orifice de la matrice que les parties latérales de la tête. Pour reconnoître la présenee de cette région par le toucher, il faut ordinairement que les eaux soient écoulées, et que les parties soient suffisamment dilatées pour que l'on puisse atteindre avec le doigt le bas de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure, le haut de l'épaule, la clavicule, qui, circonscrivant le cou de toutes parts, servent à le caractériser, quoiqu'il n'offre par lui-même aucune marque sensible. Lorsque le moment d'opérer l'accouchement est prochain, les uns ou les autres de ces signes sensibles sont toujours assez rapprochés de l'orifice de la matrice pour que le doigt puisse y parvenir. M. Baudelocque dit expressément (tom. II, pag. 102, paragr. 1500) « que la manière d'opérer » est absolument la même que dans les différentes espèces » d'accouchemens où l'un des côtés de la tête se présente ».

Il ne suffit pas de savoir que cette région vient s'offrir, d'avoir reconnu, par le point du bassin sur lequel porte l'épaule, où sont situés la tête et les pieds; il faut encore déterminer si la partie antérieure du cou regarde en avant ou en arrière, ou bien l'un des côtés du bassin; car c'est la situation de la partie antérieure du cou qui nous indique sur quel côté on doit ramener les pieds et quelle est la main que l'on doit introduire pour les extraire, puisque le choix que l'on doit faire d'une main préférablement à l'autre est toujours réglé par le côté de la mère où les pieds doivent se dégager.

On reconnoît que la face et la partie antérieure du cou regardent les os pubis lorsque le bord postérieur de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure, le haut de l'épaule, répondent à la symphyse sacro-vertébrale, et la clavicule au pubis. La

face et la partie antérieure du cou regardent le sacrum lorsque le bord postérieur de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure, le haut de l'épaule, sont situés en avant et la clavicule vers le sacrum.

La partie antérieure du cou regarde le côté gauche de la mère, si le bord postérieur de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure, le haut de l'épaule, répondent à la fosse iliaque droite, et la clavicule à celle du côté gauche. La partie antérieure du cou regarde au contraire le côté droit si ces parties sont placées à gauche, pendant que la clavicule est à droite.

L'épaule se présente bien plus souvent à l'orifice de la matrice que les côtés du cou, parce que cette partie étant arrondie et saillante, s'accommode beaucoup mieux à l'entrée du bassin. On reconnoît facilement les épaules au moyen du toucher. La clavicule, les angles du scapulum, les bras et les côtes caractérisent cette partie. La présence de la main ne dénote pas toujours que l'épaule répond à l'orifice de la matrice. La situation de l'épaule et des côtés proprement dits relativement au bassin, indique où sont placés la tête et les membres abdominaux. Cette première connoissance acquise, il est important, dans les différentes positions de l'épaule, de savoir à quel point de la cavité du bassin répond la poitrine, puisque c'est de ses rapports que l'on déduit la manière d'opérer.

La poitrine regarde le pubis si les angles du scapulum sont en arrière, la clavicule et les bras en avant. La poitrine répond au sacrum si ces parties sont situées d'une manière inverse.

La poitrine est dirigée vers le côté gauche si on trouve les bras et les clavicules vers cette même fosse iliaque. Lorsque les bras, la clavicule, répondent au côté droit, ils indiquent que la poitrine est dirigée de ce même côté.

Les mêmes causes qui ont amené à l'orifice de la matrice l'une des trois régions précédentes, peuvent faire que les parties latérales de la poitrine se présentent. M. Baudelocque conseille d'opérer comme pour chaque position corres-

pondante de l'épaule droite ou gauche. Les côtés, l'aisselle, les bras, le sternum, la hanche, qui sont à la portée du doigt, font reconnoître cette région, et indiquent en même temps, par leur situation particulière relativement à l'entrée du bassin, où sont placés les pieds et la tête. Il n'est pas moins important que dans les cas précédens de déterminer les rapports de la poitrine avec les différens points du bassin, puisqu'ils servent à fixer le procédé opératoire et le choix de la main.

Les bras, le sternum, situés en avant ou en arrière, indiquent que le devant du tronc est dans la même situation. La poitrine répond au côté droit ou au côté gauche, selon que les bras, le sternum, sont dirigés vers l'une ou l'autre fosse iliaque.

La forme des hanches fait qu'elles se présentent plus souvent à l'entrée du bassin que les côtés proprement dits. Il est difficile de reconnoître la hanche avant l'ouverture de la poche des eaux. On peut la confondre avec la tumeur que formeroit un des côtés de la tête, surtout quand le cuir chevelu est tuméfié ; mais lorsque les eaux sont écoulées, on parcoure avec le doigt la crête de l'os des iles, les dernières côtes asternales, l'anus, qui tous indiquent d'une manière certaine la présence de l'une des hanches.

Après s'être assuré, par le rapport de la hanche avec le bassin, vers quel point de cette cavité sont situés la tête et les pieds, il faut encore rechercher si la poitrine et l'abdomen, sur lesquels doivent ordinairement passer les pieds en se dégageant, répondent au pubis ou au sacrum, ou bien à l'un des côtés de la mère. La partie antérieure dont la situation guide le plus souvent l'accoucheur dans l'introduction de la main, répond au point du bassin où l'on rencontre les dernières côtes asternales, et l'anus se trouve vers le côté opposé. Il est moins essentiel de déterminer pour cette région les rapports de la partie antérieure ; les pieds sont si rapprochés de l'orifice, que l'on n'a presque pas besoin de préceptes pour les dégager, et qu'on peut les entraîner en arrière sans inconvéniens.

Avant de passer à la manœuvre, je crois devoir encore ob-
erver, une fois pour tout, afin d'éviter les répétitions, que les
arties latérales de la tête ne constituent pas un accouchement
ssentiellement contre nature, dans quelque position que les
ôtés de l'enfant se présentent. Lorsque l'on rencontre l'oreille
l'entrée du bassin, on doit, s'il n'existe pas d'accident qui
xige d'opérer sur-le-champ, ramener la tête à sa situation
aturelle, et abandonner ensuite l'expulsion de l'enfant aux
fforts auxquels se livre la mère. La présence de cette région,
orsque tout d'ailleurs est dans l'ordre naturel, constitue le
roisième genre de cette classe d'accouchemens auxquels je
lonne le nom d'*accouchemens mixtes*, c'est-à-dire, qui, par
a position même de la partie, sont le plus souvent impos-
ibles spontanément, mais qui cessent d'être contre nature
près l'action méthodique de la main seule ou armée d'un le-
ier. Cette première région n'exige d'aller chercher les pieds
qu'à raison de quelque complication accidentelle, ou parce
qu'on ne peut pas réussir à redresser la tête; tandis que les
quatre autres régions que l'on distingue sur les côtés sont tou-
ours essentiellement contre nature, sans en excepter celle des
anches. Mais une fois qu'un accident oblige de retourner
'enfant, lorsqu'un des côtés de la tête répond à l'entrée de la
matrice, cette région présente la même indication que les au-
res, si le point du bassin auquel elle répond est le même.

On ne peut pas espérer, avec les accoucheurs qui ont con-
fondu l'obliquité de la matrice avec la position défectueuse de
l'enfant dans la matrice, qu'ils croyoient être produite par
cette déviation de l'utérus, quoique souvent elle n'existe pas,
que les contractions de la matrice au moment de l'écoulement
des eaux, ou que la situation que l'on feroit prendre à la femme,
puissent suffire dans quelques cas pour éloigner la hanche du
détroit supérieur et pour y ramener les fesses. Les secours de
l'art étant toujours nécessaires, il est plus avantageux de dé-
gager les pieds que de ramener les fesses à l'orifice de la ma-
trice pour confier ensuite l'accouchement à la nature. Il est plus
facile de saisir les pieds et de les entraîner, que de donner aux

fesses une situation favorable. Si l'on amène les fesses, l'accouchement sera bien plus douloureux pour la femme, sans diminuer les dangers pour l'enfant, puisque la tête sort toujours la dernière.

Première Position des Côtés.

L'extrémité encéphalique porte sur la fosse iliaque gauche, et les membres abdominaux sur celle du côté droit.

Sans changer les rapports de la tête et des pieds avec les fosses iliaques sur lesquelles ils reposent dans cette première position, la partie antérieure de l'enfant est tantôt dirigée vers le pubis, tantôt vers le sacrum.

Procédé qu'il convient d'employer pour aller chercher les pieds lorsque la partie antérieure regarde le pubis.

Dans cette position des parties latérales du tronc, quelle que soit la région qui se présente, les pieds devant se dégager sur le côté droit du bassin, on doit, d'après les règles fondamentales que j'ai établies, introduire la main gauche. (Elle mérite évidemment la préférence sur la main droite, que conseille M. Maigrier, dans sa Nouvelle Méthode de manœuvrer les accouchemens.) Elle sera conduite dans un état moyen entre la pronation et la supination pour repousser la région qui répond à l'entrée du bassin. A partir de la région que l'on rencontre, on conduit les doigts vers les pieds, en les faisant glisser, en formant le moins de coude possible, sur toutes les régions interposées entre celle qui se présente et les pieds que l'on veut atteindre. Si les côtés de la tête se présentent, on a beaucoup plus d'espace à parcourir; mais la manœuvre est toujours la même.

Le procédé que je viens de conseiller et qui convient à toute l'étendue de cette partie latérale, est celui que l'on trouve décrit dans l'ouvrage de M. Baudelocque, pour chacune des positions qu'il établit pour chaque région des côtés : celle de l'oreille est la seule pour laquelle il propose une manière dif-

férente d'aller chercher les pieds. Il convient néanmoins que, même dans ce cas, on peut terminer avec la main gauche, et de la manière que je viens de le prescrire.

Mais il croit qu'il seroit plus facile de retourner l'enfant avec la main droite. Quoiqu'il fût possible d'extraire les pieds par le procédé uniforme et applicable à toutes les régions que j'ai décrit, on doit s'en écarter pour la région latérale de la tête, s'il est vrai que cette méthode soit plus difficile. On ne peut pas suivre d'autres règles dans le choix des procédés opératoires propres à extraire les pieds, que le plus ou moins de facilité qu'ils présentent pour la terminaison de l'accouchement. Mais il ne m'est pas possible de concevoir une idée aussi avantageuse de cette manœuvre que l'a fait son auteur : il suffit de la figurer sur le mannequin pour être convaincu qu'elle est au contraire plus difficile et moins naturelle. Lorsque le côté de la tête se présente la face regardant le pubis, M. Baudelocque conseille d'introduire la main droite sous l'occiput, qui répond à la base du sacrum, de le rétablir dans sa situation naturelle, et de porter ensuite la tête sur la fosse iliaque droite pour aller chercher les pieds, comme si le vertex s'étoit offert d'abord en seconde position. Si les eaux étoient écoulées depuis long-temps, lorqu'un accident force d'aller chercher les pieds, on ne réussiroit probablement pas à porter la tête d'un côté à l'autre du bassin : cette manœuvre seroit dangereuse pour l'enfant, dont le cou éprouveroit une torsion contre nature, et elle seroit douloureuse pour la mère. L'enfant doit être assez mobile pour rouler dans la matrice et venir présenter à droite et en avant le dos, qui regardoit le sacrum. Au moment de l'écoulement des eaux, le déplacement considérable de l'enfant dans la matrice que nécessite cette manœuvre, seroit plus difficile à exécuter que le procédé général que je préfère ; en sorte que l'on ne doit pas le tenter, même dans cette circonstance favorable. L'impossibilité où l'on est de redresser la tête est quelquefois la circonstance qui force l'opérateur à retourner l'enfant. Comment adopter une manœuvre qui suppose ce redressement ?

Procédé pour extraire l'enfant par les pieds lorsque, dans cette position des côtés, la partie antérieure est dirigée vers le sacrum.

Pour fixer avec précision la manœuvre la plus convenable pour aller chercher les pieds, il faut distinguer deux temps dans le travail : ou l'enfant est encore mobile dans la matrice au moment où l'on doit opérer, ou bien il est fortement pressé, parce que les eaux sont écoulées depuis long-temps.

Dans le premier temps, c'est-à-dire, lorsque l'enfant est mobile, on doit avec la main gauche aller saisir les pieds, qui sont situés sur la fosse iliaque droite. L'enfant pouvant rouler dans la matrice à mesure que l'on agit sur les pieds, on ne craint pas de renverser le tronc en arrière et de lui imprimer une flexion contre nature.

Mais si les eaux sont écoulées depuis long-temps, l'on ne peut plus aller saisir les pieds sur la fosse iliaque droite pour les entraîner sur ce côté du bassin. L'enfant étant pressé, en agissant sur les pieds, on renverseroit le tronc en arrière. Indépendamment des dangers que courroit l'enfant, on augmenteroit par cette manœuvre les difficultés de l'accouchement, puisque l'enfant se défléchiroit et offriroit un arc plus grand. La région de la hanche est la seule où l'on puisse sans inconvéniens, à raison de la proximité des pieds de l'orifice de la matrice, aller les saisir avec la main gauche pour les dégager sur le côté du bassin où ils se trouvent. Les pieds sont si près de l'orifice, que l'on ne craint pas en les entraînant ainsi de renverser le tronc en arrière, quoiqu'il soit assez pressé pour ne pouvoir pas rouler avant d'avoir opéré un vide dans la matrice.

Pour les quatre autres régions de cette position latérale dont le devant du tronc regarde le sacrum, on doit se servir de la main droite, qui ramènera les pieds, sortir du côté de la tête, en les faisant glisser sur la partie antérieure. On pourroit aussi porter la main droite lorsque la hanche se présente, et de la même manière que je vais l'indiquer pour le reste de

cette surface latérale. Il paroît cependant plus facile de les entraîner avec la main gauche.

La main droite doit être conduite, dans un état moyen entre la pronation et la supination, au-dessous de la région qui se présente ; en l'écartant de l'entrée du bassin, on s'efforce de la porter au-dessus du pubis. On dirige ensuite les doigts le long du côté de l'enfant pour aller chercher les pieds vers le côté droit de la mère. Je vais rappeler succinctement, une fois pour toutes les positions, les règles que l'on doit suivre en procédant à l'extraction de l'enfant.

Pendant que l'on va chercher les pieds, la main appliquée sur la matrice en change la direction en la rapprochant du centre du bassin, ce qui les rend plus faciles à atteindre. Les eaux étant censées écoulées depuis long-temps, on doit entraîner les pieds l'un après l'autre. On commence par dégager celui du côté que l'on a parcouru en le tirant dans le sens de l'adduction, et en le faisant glisser sur le devant de la jambe et de la cuisse, à moins que ce pied ne soit engagé dans le pli du jarret de l'autre; car, dans cette circonstance, on amèneroit le premier le pied qui est en-dessus en le rapprochant de plus en plus de l'autre, pendant qu'on s'efforce de l'abaisser. Le premier pied amené dans le vagin, on peut l'y retenir au moyen d'un lacs, et le long de sa partie postérieure on va chercher le second, en suivant les mêmes règles dans son extraction. A mesure que les pieds sortent, il se fait un vide dans le fond de la matrice qui facilite le mouvement de rotation que le tronc doit exécuter. Pour diriger la poitrine vers l'une des symphyses sacro-iliaques, et pour donner au tronc une situation diagonale, on doit tirer uniquement pendant quelque temps sur le pied qui répond au pubis. Si quelques doigts de la main qui tire le pied qui est en avant ne suffisent pas pour écarter de l'entrée du bassin la région qui empêche les fesses de s'engager, on doit se servir du lacs qui a été placé sur le pied qui est derrière le pubis pour tirer dessus, pendant qu'avec l'autre main on va repousser la partie qui s'oppose à la descente des fesses. Dans le reste de la manœuvre, on n'a

plus à remplir que les indications générales des accouchemens par les pieds.

Lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps, il seroit impossible de rapprocher les pieds de l'orifice de l'utérus, en refoulant successivement vers son fond les diverses régions des côtés interposés entre eux et celle qui se présente à l'entrée du bassin. Au moment de l'écoulement des eaux, quoiqu'il fût absolument possible d'exécuter cette manœuvre, il est cependant encore plus simple et plus facile d'aller les saisir sur le point du bassin où ils sont situés. Si l'enfant étoit assez mobile pour rouler dans la matrice, on devroit préférer la version par la tête, qui est bien plus avantageuse pour l'enfant.

Deuxième Position des Côtés de l'Enfant.

L'extrémité encéphalique porte sur la fosse iliaque droite, et les membres abdominaux sur celle du côté gauche.

Comme dans la première position, la tête et les pieds se trouvant toujours placés sur la même fosse iliaque, la partie antérieure de tronc peut regarder tantôt le pubis, tantôt le sacrum.

Manœuvre indiquée pour aller chercher les pieds lorsque, dans cette position, le devant du tronc regarde le pubis.

Les règles générales que j'ai établies indiquent que l'on doit introduire la main droite pour aller saisir les pieds, parce qu'elle est la seule qui se présente d'une manière favorable et naturelle pour les accrocher. Cette main, conduite dans un état moyen entre la pronation et la supination, repousse la région qui répond à l'entrée du bassin et la dirige au-dessus du pubis. Lorsqu'elle est parvenue jusqu'aux pieds en parcourant les côtés de l'enfant, on les dégage soit en même temps s'il est encore mobile, soit successivement si les eaux sont écoulées depuis long-temps, en commençant par le pied du côté que l'on a parcouru, à moins qu'il ne soit engagé dans le pli du jarret de l'autre. Le reste de la manœuvre s'opère comme dans la position précédente.

Lorsque le côté de la tête se présente la face en avant, M. Baudelocque, au lieu de terminer avec la main droite de la manière que je viens d'indiquer, regarde comme plus naturel et plus facile de se servir de la main gauche, que l'on insinue sous l'occiput, qui regarde le sacrum. Après avoir ramené la tête à sa situation naturelle, on doit la porter ensuite sur la fosse iliaque gauche pour aller prendre les pieds, comme si le vertex s'étoit présenté d'abord en première position. L'étendue du déplacement que l'enfant éprouveroit dans la matrice pendant cette manœuvre m'a déjà fait prononcer qu'elle seroit dangereuse et très-difficile à exécuter si l'enfant n'étoit plus mobile, et que dans les circonstances même les plus favorables, c'est-à-dire au moment de l'écoulement des eaux, elle offriroit encore plus de difficultés que celle que je conseille, et qui est applicable à toutes les régions de cette surface latérale.

Procédé pour aller chercher les pieds lorsque, dans cette position, la partie antérieure du tronc est dirigée vers le sacrum.

La manœuvre doit varier suivant que l'enfant est mobile ou serré dans la matrice.

Dans le premier temps, c'est-à-dire au moment de l'écoulement des eaux, on doit aller chercher les pieds, situés sur la fosse iliaque gauche, avec la main droite. L'enfant étant susceptible de rouler, on ne craint pas de renverser le tronc en arrière lorsque l'on agit sur les pieds pour les entraîner.

Dans le second temps, où l'enfant est pressé dans la matrice, quoique les pieds soient placés vers le côté gauche, ils ne peuvent pas s'y dégager, excepté lorsque la hanche se présente : ils doivent nécessairement, dans les quatre autres régions, venir passer au-devant de la poitrine, si l'on ne veut pas s'exposer à tuer l'enfant en renversant le tronc en arrière. Les pieds devant sortir à droite, quoique placés à gauche, on doit porter la main gauche dans un état moyen entre la pronation et la supination, pour écarter la région qui se présente à l'orifice de la matrice, et la soulever au-dessus des os pubis. On se com-

porte ensuite, soit pour aller chercher les pieds en parcourant le côté, soit pour les extraire, comme je l'ai indiqué pour la première position. Les règles générales que l'on doit suivre étant applicables à toutes les positions, il seroit fastidieux de les répéter pour chacune d'elles.

Troisième Position des Côtés de l'Enfant.

Dans cette position, la tête est au-dessus des os pubis, et les pieds vers le sacrum.

Cette position est double comme les deux précédentes, puisque, sans déplacer la tête et les pieds, le devant du tronc peut être dirigé tantôt vers la fosse iliaque gauche, tantôt vers celle du côté droit.

Manœuvre pour retourner l'enfant lorsque la partie antérieure regarde la fosse iliaque gauche.

Il seroit inutile de distinguer deux temps, parce que la manière d'extraire les pieds est la même lorsque l'enfant est serré dans la matrice, que lorsqu'il est encore mobile.

Pour retourner l'enfant dans ce rapport de sa partie antérieure avec le bassin, on doit se servir de la main droite, qui porte la partie qui se présente sur la fosse iliaque droite. Cette main doit être préférée, puisque les pieds doivent se dégager à gauche. Le reste de la manœuvre comme dans les autres positions.

Procédé pour aller chercher les pieds dans cette position lorsque le devant du tronc correspond à la fosse iliaque droite.

La main gauche mérite la préférence dans tous les temps du travail : elle doit être conduite sur la région des côtés qui s'offre à l'orifice de la matrice et que l'on porte sur la fosse iliaque gauche ; on dirige ensuite la main vers les pieds en parcourant cette surface latérale. On observe ensuite les mêmes règles générales, pour retourner l'enfant, que dans le cas précédent.

Quatrième Position des Parties latérales de l'Enfant.

La tête est placée vers le sacrum, et les pieds vers le pubis.

Lorsque les côtés se présentent, l'occiput placé sur le sacrum ou sur ses côtés, dans un cas la partie antérieure peut être dirigée vers le côté gauche, et dans un autre vers le côté droit : ce qui rend cette position double.

Procédé pour aller chercher les pieds lorsque la partie antérieure regarde la fosse iliaque gauche.

Il est rare que l'occiput reste en contact avec la saillie sacro-vertébrale : la tête se déjette sur l'un des côtés.

Dans cette position, M. Baudelocque conseille, pour les quatre premières régions, de se servir de la main droite, que l'on introduit au-dessous de celle qui se présente; on l'écarte de l'entrée du bassin pour la diriger vers la fosse iliaque droite. De l'autre main, appliquée sur le bas-ventre, on diminue l'obliquité antérieure de la matrice pour rapprocher les pieds du centre du bassin. On termine ensuite comme si le sommet de la tête se fût présenté en seconde position, en parcourant, pour parvenir jusqu'aux pieds, le côté de l'enfant qui répond à la partie postérieure de la matrice. Dans tout le reste, on opère comme à l'ordinaire.

La manœuvre décrite par M. Baudelocque pour aller saisir les pieds lorsqu'une des quatre premières régions se présente, ne me paroît pas la plus avantageuse : je préférerois convertir cette position en l'une de celles des côtés, où la tête porte sur une fosse iliaque, et les membres abdominaux sur celle du côté opposé. Un procédé absolument analogue est adopté par M. Baudelocque lui-même lorsque le plan antérieur ou postérieur se présente, la tête et les pieds étant dans le même rapport avec le bassin. Le côté du bassin où l'on dirigeroit la tête seroit déterminé par celui où l'occiput s'est déjeté en abandonnant la saillie du sacrum, avec laquelle il ne peut rester que difficile-

ment en contact. La présence du rectum à gauche détermine l'occiput, lorsqu'il vient à vaciller, à se porter de préférence vers le côté droit du bassin. Dans ce cas, la face regardant en arrière, on doit, avec la main gauche, après avoir écarté la partie qui est à l'entrée du bassin, porter l'occiput sur la fosse iliaque droite; de l'autre main, on incline la matrice à gauche pour rendre les pieds plus faciles à atteindre, et achever de tourner vers le sacrum la partie antérieure du tronc. On termine ensuite avec la main gauche, comme dans la seconde position des côtés, le devant du tronc dirigé vers le sacrum.

Si l'occiput s'étoit dévié à gauche, la face regardant alors le pubis, on devroit, dans cette circonstance, diriger avec la main droite la matrice vers la fosse iliaque droite, et aller chercher les pieds avec la gauche, qui a d'abord servi à placer la tête sur le côté gauche du bassin. Pour terminer dans ce cas, on convertit l'enfant dans la première position des côtés, la partie antérieure vers le pubis.

Cette méthode, comparée à celle du professeur Baudelocque, me paroît présenter deux avantages, et elle n'est pas plus difficile à exécuter. Dans l'une et dans l'autre, le mouvement de l'enfant dans la matrice est le même, et le déplacement de l'utérus également facile. Mais dans le procédé que j'adopte, la main est plus aisée à conduire; elle parvient à une moindre hauteur, puisque, pour atteindre les pieds, elle parcourt le côté de l'enfant qui se trouve en-dessous. Dans cette manœuvre, la main est placée sur-le-champ sur le côté que l'on doit parcourir pour aller chercher les pieds, tandis que dans celle décrite par le professeur Baudelocque, on est obligé de changer plusieurs fois la situation de la main avant de parvenir à ce côté.

Quel que soit celui de ces deux procédés que l'on adopte, on ne doit pas y recourir lorsque la hanche se présente, parce que les pieds étant très-près de l'orifice, il est une manière plus simple et plus facile de les entraîner : elle consiste à introduire une main derrière le pubis, ou sur l'un des côtés du bassin, pour

accrocher les genoux ou les pieds de l'extrémité des doigts, pendant qu'on presse avec l'autre pour les rapprocher de l'entrée de cette cavité.

La main gauche portée sur le côté droit de la femme me paroît la plus convenable pour accrocher les pieds; on pourroit cependant réussir avec la droite, quoiqu'il soit constant qu'elle est moins favorable. Cette dernière mériteroit peut-être la préférence si l'on se proposoit d'accrocher les genoux.

Procédé pour aller chercher les pieds lorsque le devant du tronc regarde le côté droit.

On opère dans cette position comme dans la précédente, soit que l'on adopte le procédé de M. Baudelocque, soit que l'on préfère celui que je lui substitue, avec cette seule différence que l'on exécute les manœuvres avec une autre main.

M. Baudelocque introduit la main gauche au-dessous de la région qui répond à l'orifice de la matrice pour l'écarter, et diriger ensuite la tête vers la fosse iliaque gauche; de l'autre main, il diminue l'obliquité antérieure et rapproche les pieds du centre du bassin. On termine ensuite comme si le sommet de la tête se fût présenté en première position.

Pour entraîner les pieds lorsque la hanche se présente, soit que l'on accorde la préférence à ce procédé ou à celui que je vais décrire, il est plus facile de les saisir en introduisant la main droite vers le côté gauche du bassin; on presse avec l'autre main pour les rapprocher de l'entrée du bassin. Si les genoux étoient plus faciles à accrocher que les pieds, il seroit peut-être préférable de porter la main gauche.

Pour les raisons exposées en traitant de la position précédente, je préfère terminer de la manière suivante, lorsque l'une des quatre premières régions se présente. Le plus souvent, lorsque la tête vient à abandonner la saillie sacro-vertébrale, l'occiput se déjette vers le côté droit à cause du rectum, qui lui oppose un obstacle à gauche. La face regardant en avant, on doit, avec la main gauche, incliner la matrice à gauche pour achever de tourner la partie antérieure du tronc vers le pubis. Cette con-

version opérée, on dégage les pieds avec la main droite, comme on le fait dans la seconde position des côtés, lorsque le devant du tronc regarde le pubis.

Si l'occiput se déjette vers le côté gauche, la face regardant alors en arrière, ce procédé n'est plus praticable. On doit, avec la main droite, porter la tête sur la fosse iliaque gauche, et, avec l'autre main, incliner la matrice à droite : on termine comme dans la première position lorsque le devant du tronc est placé vers le sacrum.

On pourroit croire qu'il résulte de cette manœuvre, telle que je l'ai décrite, que c'est la main droite qui convient toutes les fois que le côté droit se présente; que l'on doit, au contraire, introduire la main gauche quand on rencontre le côté gauche de l'enfant. Je crois devoir observer que cette règle n'est pas admissible dans toutes les circonstances : son application n'est exacte et conforme aux principes qui doivent diriger l'accoucheur dans le choix que l'on doit faire de l'une des mains préférablement à l'autre, qu'autant qu'en dégageant les pieds on les ramène sur la partie antérieure; car, lorsqu'on peut les entraîner en arrière sans danger, on opère avec les mains opposées aux côtés qui se présentent.

S'il existe des cas où il puisse être de quelqu'utilité de faire placer la femme sur les coudes et les genoux, ce seroit sans doute lorsque les pieds sont situés au-dessus du pubis. Des accoucheurs qui, dans cette position des pieds, n'avoient pas pu opérer la version, la femme étant dans une attitude horizontale, assurent les avoir atteint avec plus de facilité en lui faisant prendre cette autre situation.

SECOND GENRE. *Surface postérieure de l'Enfant.*

La nature elle-même indique que l'on doit exposer les accouchemens où l'enfant présente sa surface postérieure avant ceux où il offre quelques-unes des régions de son plan antérieur. Les premiers sont plus communs, plus naturels et moins fâcheux pour l'enfant que les seconds. Sans perdre la forme

ovoïde sous laquelle il est replié dans le sein de sa mère, il peut offrir à l'orifice de la matrice tantôt la nuque, tantôt le dos ou les lombes; tandis que, pour présenter une des régions de sa surface antérieure, il doit nécessairement se défléchir et le tronc se renverser en arrière. Si l'enfant conserve quelque temps après l'écoulement des eaux cette attitude gênante, il ne tarde pas à être victime des contractions de la matrice, qui tendent à augmenter de plus en plus le renversement du tronc.

On distingue ordinairement trois régions sur le plan postérieur du tronc : la nuque, le dos et les lombes. Il est important, pour pouvoir déterminer la situation de l'enfant, que l'accoucheur soit habitué à reconnoître par le toucher chacune de ces régions.

Avant l'écoulement des eaux, il est difficile de reconnoître la partie postérieure du cou. Les angles de la mâchoire inférieure, le bord supérieur du scapulum, qui circonscrivent cette région de toutes parts, et qui servent en partie à la caractériser, sont quelquefois hors de la portée du doigt lorsque la nuque se présente en plein. Tant que la poche des eaux est entière, les tubercules épineux des vertèbres cervicales, qui sont un autre signe sensible de la présence de la nuque, sont toujours peu reconnoissables; mais après l'écoulement des eaux, ils deviennent de plus en plus saillans, parce que la matrice embrassant l'enfant plus étroitement, la tête se fléchit davantage sur la poitrine.

La forme arrondie du dos et de la région lombaire aide à concevoir pourquoi ces deux parties se présentent plus fréquemment à l'orifice de la matrice que la nuque : il est facile de reconnoître le dos ou les lombes de l'enfant quand une fois les eaux sont écoulées; l'une et l'autre parties s'accommodent assez bien à l'entrée du bassin pour qu'on puisse souvent les distinguer avant l'écoulement des eaux.

Les signes caractéristiques de la région du dos sont une tumeur large et inégale sur laquelle on rencontre les tubercules épineux des vertèbres, les côtes, le bord dorsal de chaque scapulum, et leur angle inférieur.

Les lombes forment, comme le dos, une tumeur large au milieu de laquelle on distingue une rangée de tubercules épineux, les côtes asternales et les crêtes des os des iles.

Les mêmes raisons qui m'ont déterminé à placer vers le côté gauche du bassin la première position des côtés, m'engagent à suivre la même marche lorsque le derrière du tronc se présente.

La surface postérieure de l'enfant peut se placer de quatre manières à l'entrée du bassin. Dans la première position, la tête est appuyée sur la fosse iliaque gauche, pendant que les pieds portent sur celle du côté droit; dans la deuxième, ces parties sont situées en sens inverse; dans la troisième, la tête est au-dessus des os pubis, les pieds répondent au sacrum; dans la quatrième position, l'extrémité encéphalique est en arrière, et les membres abdominaux en avant.

Les trois régions que les accoucheurs reconnoissent sur ce plan ne présentent pas, relativement à la manière d'opérer, des indications différentes. Quelle que soit la région qui réponde à l'entrée du bassin, on procède toujours de même pour aller chercher les pieds, pourvu que le temps du travail et les rapports de l'enfant avec cette cavité soient les mêmes. Le nombre des positions devant être subordonné à celui des procédés opératoires qui sont nécessaires pour retourner l'enfant, on doit considérer la totalité de la surface postérieure comme une seule position, et réduire à quatre les douze positions admises communément par les auteurs.

L'on ne doit pas toujours aller chercher les pieds lorsque l[a] région de la nuque se présente. Si les eaux ne viennent que d[e] s'écouler, on peut ramener la tête à sa situation naturelle, e[t] confier ensuite son expulsion aux efforts exercés par la mèr[e] s'il n'existe point d'accidens.

L'accoucheur ne doit dans ce cas retourner l'enfant qu'autan[t] qu'il ne peut pas satisfaire à cette première indication, ou qu'[il] y auroit du danger de confier le travail à la nature après avoi[r] redressé la tête; mais lorsque le dos et les lombes se présentent, il n'est plus possible de ramener l'occiput à l'orifice de la matric[e] dans une situation favorable. L'éloignement de l'occiput, l[...]

manière dont l'enfant est enveloppé par la matrice après l'écoulement des eaux, ne permettent pas de restituer la tête dans sa flexion naturelle, et exigent que l'on retourne l'enfant.

Quand la région lombaire vient s'offrir à l'entrée du bassin, quelques accoucheurs ont préféré d'amener les fesses au détroit supérieur pour abandonner ensuite l'accouchement aux efforts de la nature. On ne réussiroit à donner aux fesses une situation favorable, qu'autant qu'on opéreroit au moment de l'écoulement des eaux. Dans cette circonstance même, il est bien plus difficile de placer les fesses convenablement que de saisir les pieds et de les entraîner. En amenant les fesses, on auroit encore l'inconvénient de procurer à la femme un accouchement plus douloureux, sans diminuer les dangers pour l'enfant, dont la tête sortiroit toujours la dernière.

Dans chaque position, la manœuvre varie suivant le temps du travail où l'on doit opérer. On ne peut fixer avec précision le procédé le plus convenable qu'en distinguant différens temps. L'on peut reconnoître la présence de l'une de ces régions avant l'écoulement des eaux lorsqu'elles ne viennent que de s'écouler, ou bien lorsqu'elles sont écoulées depuis long-temps. Les accoucheurs pensent que lorsque la région de la nuque se présente, il est important, pour déterminer la manœuvre, d'établir le premier temps. Ils conviennent qu'elle seule offre une indication particulière lorsqu'on la reconnoît avant l'écoulement des eaux ou au moment de leur issue. La présence du dos et des lombes n'offre jamais d'indications particulières tant que la poche des eaux est entière. La région de la nuque elle-même n'offre aucune indication particulière avant l'écoulement des eaux. Quoique la poche des eaux soit encore entière au moment où l'on reconnoît sa présence, la tête ne peut dans aucun cas revenir à sa situation naturelle, si l'on a l'attention de faire coucher la femme du côté opposé à l'obliquité de la matrice, c'est-à-dire sur celui auquel répond l'occiput, comme l'enseignent les accoucheurs qui attribuent cette position défectueuse de la tête à l'obliquité de la matrice, qui le plus souvent n'existe pas, et qui d'ailleurs ne peut pas la produire. Le chan-

gement de situation ne remédieroit qu'à l'obliquité de l'utérus, et non à la mauvaise position de la tête dans l'utérus, qui est indépendante de cette déviation.

Je pourrois absolument passer sous silence l'indication que l'on a à remplir lorsque la nuque se présente au moment de l'issue des eaux, parce qu'elle doit déjà être connue de l'accoucheur lorsqu'il étudie les positions du tronc. Cependant, pour ne laisser rien à desirer, je vais rappeler en peu de mots ce que j'établis avec plus de détail relativement à cette région, lorsque je traite de la seconde classe d'accouchemens auxquels j'ai donné le nom d'*accouchemens mixtes* dans ma Table synoptique, parce que ces accouchemens, après des moyens simples, peuvent encore rentrer dans le domaine de la nature, quoiqu'elle ne puisse pas les terminer toute seule tant que la position primitive existe.

En exposant le second genre d'accouchemens renfermés dans cette classe, j'ai indiqué que, lorsque la partie postérieure du cou se présente, si les eaux ne viennent que de s'écouler, on peut encore, quelle que soit la position de la nuque à l'entrée du bassin, ramener la tête à sa situation naturelle, en introduisant une main au-dessous de l'occiput pour l'entraîner. Le choix de la main qu'il convient de porter se fixe d'après les règles générales que j'ai établies. Pendant qu'avec une main on agit sur l'occiput pour restituer la tête dans son état naturel, de l'autre main on comprime l'abdomen pour rapprocher le fond de la matrice du centre du bassin. Mais lorsque la nuque se présente en plein, et que les eaux sont écoulées depuis longtemps, on ne peut pas satisfaire à cette première indication, quoique plus naturelle, et l'on doit retourner l'enfant. Toutes les fois que l'on va chercher les pieds, soit parce que l'on éprouve trop de difficulté pour ramener la tête à sa situation naturelle, soit parce qu'il se rencontre quelque accident indépendant de cette mauvaise position, on opère comme si le dos ou les lombes se présentoient : ce qui indique que l'on doit considérer ces trois régions comme une seule position.

Première Position de la Partie postérieure de l'Enfant.

L'occiput porte sur la fosse iliaque gauche, et les pieds sur celle du côté droit.

Procédé pour entraîner les pieds lorsque l'enfant est encore mobile dans la matrice.

Lorsqu'on agit au moment de l'ouverture de la poche des eaux, la méthode la plus avantageuse consiste à se servir de la main gauche, que l'on insinue au-dessus de la fosse iliaque droite pour accrocher les pieds et les entraîner. De l'autre main, on repousse la tête en haut et vers le côté droit. Dans le cas où les lombes se présentent, on pourroit encore, quoique les eaux soient écoulées depuis long-temps, aller saisir les pieds avec la main gauche; ils sont si près de l'orifice, qu'en les entraînant on ne craint pas de renverser le tronc en arrière, ce qui pourroit arriver si le dos ou la nuque se présentoient, et que les eaux fussent écoulées depuis long-temps.

Dans toutes les positions où l'enfant présente une des régions de sa surface postérieure, si l'on doit l'entraîner par les pieds, des accoucheurs ont conseillé de refouler la tête en haut pour les rapprocher de l'orifice, au lieu d'aller les saisir directement vers le point du bassin où ils sont placés.

Si le refoulement de la tête vers le fond de l'utérus étoit possible, il seroit également possible de repousser les fesses. Or, lorsqu'il est aussi facile de ramener à l'orifice la tête que les pieds, on ne doit pas hésiter à accorder la préférence à la version par la tête, recommandée par M. Flamant; car elle est bien plus avantageuse pour l'enfant que celle par les pieds. Cette manœuvre, qui consiste à faire passer successivement à l'orifice de la matrice les parties comprises entre celle qui se présente et les pieds que l'on veut y ramener, ne seroit praticable tout au plus que dans le moment où les eaux viennent de s'écouler. Dans toute autre circonstance, l'enfant ne peut aller et venir suivant l'axe longitudinal de la matrice.

Quand on opéreroit même à l'ouverture de la poche des eaux, ce procédé seroit encore plus difficile à exécuter et plus douloureux pour la femme que celui que j'ai décrit, sans aucun avantage pour l'enfant. Si on tentoit la version par la tête, les avantages qui en résulteroient pour l'enfant sont si grands si on réussissoit, que les difficultés qu'elle présenteroit de plus ne suffisent pas pour détourner de l'entreprendre. L'impossibilité de cette version peut seule former une contre-indication. Cette réflexion est applicable à toutes les positions.

Procédé pour entraîner les pieds dans cette position lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps.

L'enfant étant pressé dans la matrice, il est de nécessité, pour dégager les pieds, de les faire passer sur le devant du tronc : on ne pourroit pas, sans danger pour l'enfant, les entraîner vers le côté du bassin où ils sont situés. Les pieds devant se dégager à gauche, on introduira la main droite au-dessous de l'enfant pour soulever la région qui se présente, et la diriger le plus que l'on peut au-dessus des os du pubis. Le reste de la manœuvre comme dans la position latérale correspondante, où le devant du tronc regarde le sacrum.

On pourroit croire qu'il seroit plus naturel de convertir cette position du plan postérieur en la latérale correspondante, dont la partie antérieure seroit dirigée vers le pubis ; mais ce mouvement de totalité de l'enfant est impossible lorsqu'il est pressé par la matrice, car on ne le saisit que par peu de points. Celui que je viens de conseiller est plus facile et moins considérable ; il ne consiste qu'à refouler la région qui vient s'offrir, suffisamment pour introduire la main qui doit aller chercher les pieds. Le reste des mouvemens n'est pas celui de l'enfant dans la matrice, mais celui de la matrice que l'on porte du côté où elle étoit inclinée vers le côté opposé. A mesure que l'on entraîne les pieds, il se fait un vide vers le fond de ce viscère qui facilite le mouvement de rotation du tronc. L'enfant doit être comparé à un arc qui roule pendant que l'on tire sur une de

ses extrémités pour l'allonger. Pour éviter des répétitions, je dois avertir que cette réflexion est également applicable à la seconde position.

Seconde Position de la Partie postérieure de l'Enfant.

L'occiput est placé au-dessus de la fosse iliaque droite, et les membres abdominaux sur celle du côté gauche.

Lorsqu'on se propose d'aller chercher les pieds, il faut distinguer deux temps dans cette position, comme dans la précédente.

Procédé pour retourner l'enfant lorsqu'il est encore mobile dans la matrice.

Au moment de l'ouverture de la poche des eaux, quelle que soit la région que l'on rencontre, on peut, sans inconvéniens accrocher les pieds, qui sont au-dessus de la fosse iliaque gauche, en insinuant la main droite vers ce côté du bassin; de l'autre main, on repousse la tête en haut et vers le côté gauche. Ce temps est le seul où l'on puisse tenter la version par la tête conseillée par M. Flamant. Quand les eaux seroient écoulées depuis long-temps, on doit encore se servir de la main droite pour aller chercher les pieds, si les lombes se présentent. On ne risque pas, en les entraînant en arrière, d'imprimer au tronc une flexion contre nature.

Si l'enfant est pressé dans la matrice, ce procédé n'est plus admissible.

Procédé pour aller chercher les pieds lorsque l'enfant est fortement serré dans la matrice.

Au lieu de convertir cette position en la latérale correspondante, où la face est en avant, je termine comme dans celle où la face est dirigée vers le sacrum. De la main gauche, que l'on insinue au-dessus de la fosse iliaque droite, on soulève la région qui se présente, en la portant, autant qu'on le

peut, au-dessus des os pubis. On se conduit ensuite comme à l'ordinaire, soit pour diriger les doigts vers les pieds, soit pour les entraîner.

Troisième Position de la Partie postérieure de l'Enfant.

L'extrémité encéphalique porte sur les os pubis; les membres abdominaux sont placés vers le sacrum.

Pour faire connoître la manœuvre la plus simple et la plus avantageuse, il faut également distinguer deux temps dans cette position.

Procédé pour aller chercher les pieds, quand on agit immédiatement après l'écoulement des eaux.

Si les eaux ne viennent que de s'écouler, quelle que soit la région de la surface postérieure que l'on trouve à l'entrée du bassin, ou bien si les lombes se présentent dans cette position, quoique l'enfant soit étroitement serré dans la matrice, le procédé le plus simple et le plus facile à exécuter consiste à introduire l'une ou l'autre main à son choix, dans un état de supination, au-dessus du sacrum, pour saisir les pieds, tandis que de l'autre main on repouse la matrice pour diminuer son obliquité antérieure.

Cette manœuvre, outre qu'elle seroit dangereuse pour l'enfant, seroit très-difficile, souvent même impossible, lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps.

Procédé pour retourner l'enfant lorsqu'il est serré dans la matrice.

On peut à son gré se servir de la main droite ou de la main gauche. Si on opère avec la main droite, on l'introduit dans un état moyen entre la pronation et la supination, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue à la hanche de l'enfant. Si c'est la nuque qui se présente, dès que la main a atteint l'épaule, on peut, en agissant sur cette partie, commencer à tourner le dos

vers le côté droit de la femme ; on écarte ensuite les fesses de la colonne lombaire pour les diriger vers le côté droit, tandis que de l'autre main on porte la tête vers le côté gauche, afin de donner à l'enfant une situation diagonale relativement à l'entrée du bassin.

Si on fait choix de la main gauche, on opère suivant les mêmes principes : la main parvenue à la hanche qui répond au côté droit, on l'embrasse de manière à écarter les fesses de la colonne lombaire, pour les tourner à gauche, pendant que l'on dirige la tête à droite. Le reste de la manœuvre comme à l'ordinaire.

J'ai proscrit, à l'occasion des deux positions précédentes, cette manœuvre dans laquelle on s'efforceroit, pour ramener vers le pubis le devant du tronc, de rouler sur son axe la totalité de l'enfant. Les mêmes raisons ne doivent-elles pas faire regarder comme impossibles les mouvemens que devroit éprouver l'enfant dans la matrice, où il est fortement serré, afin d'opérer la conversion que j'ai conseillée dans ce second temps du travail? Ces mouvemens de l'enfant sont possibles dans cette circonstance, parce qu'on ne fait rouler que la partie que l'on saisit, au lieu que dans la manœuvre que j'ai regardée comme impossible pour les deux premières positions, on s'efforçoit de rouler sur son axe la totalité de l'enfant en même temps, en le saisissant dans un seul endroit.

Quatrième Position de la Partie postérieure.

Dans cette position l'occiput est situé vers le sacrum ou sur ses côtés ; les pieds sont au-dessus des os pubis.

Pour indiquer la manière la plus sûre d'aller chercher les pieds, il n'est important de distinguer deux temps dans cette position que pour la région des lombes. Lorsque cette partie se présente, et que l'on opère au moment de la rupture de la poche des eaux, il seroit peut-être plus facile de repousser le dos en arrière pour rapprocher les pieds, qui sont au-dessus du pubis, de l'entrée du bassin, que de recourir au procédé que je

vais indiquer pour retourner l'enfant lorsque le dos et la nuque viennent s'offrir même au moment de l'écoulement des eaux. On ne réussiroit pas à refouler l'enfant si les eaux étoient écoulées depuis long-temps lorsque les lombes se présentent.

Si la tête étoit placée directement sur le sacrum, l'une ou l'autre main seroit indifférente lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds ; mais sa forme arrondie lui permet difficilement de rester en contact avec la saillie sacro-vertébrale ; elle se déjette sur les côtés, qui s'accommodent beaucoup mieux à sa forme.

Si l'occiput s'est placé vers la symphyse sacro-iliaque droite, ce qui arrive le plus fréquemment, parce que lorsqu'il vient à vaciller sur le sacrum, le rectum lui oppose un obstacle à gauche, il est nécessaire d'employer la main gauche. Quelle que soit la région qui se présente, la nuque, le dos et même la région lombaire, si les eaux sont écoulées depuis long-temps, on la soulève pour l'écarter de la colonne lombaire de la mère et la diriger vers la fosse iliaque droite. Pour que cette main atteigne plus facilement les pieds, de la droite, appliquée sur la matrice, on incline son fond vers le côté gauche de la mère ; les pieds amenés dans le vagin, on opère comme à l'ordinaire. C'est la même manœuvre que j'ai conseillée pour extraire les pieds qui sont situés au-dessus du pubis, lorsque l'un des côtés se présente de manière que la partie antérieure de l'enfant regarde le côté gauche de la mère, si dans cette circonstance l'occiput, en abandonnant la saillie sacro-vertébrale, s'est porté à droite.

Si la tête s'est inclinée vers la symphyse sacro-iliaque gauche, il faut introduire la main droite pour retourner l'enfant. On écarte avec cette main, de la colonne lombaire, la région qui se présente, et on la porte le plus que l'on peut sur la fosse iliaque gauche. Il ne seroit pas possible de porter la main jusqu'aux pieds si on ne changeoit pas la direction de la matrice au moyen de la main gauche, qui incline son fond vers le côté droit. Ces positions sont converties en celles des surfaces latérales correspondantes, dont la partie antérieure regarderoit le sacrum.

Pour aller saisir les pieds, on parcourt le côté que l'on a placé en-dessous par cette conversion.

J'observe que ce procédé est le même que j'ai indiqué pour aller chercher les pieds placés au-dessus du pubis lorsque l'un des côtés de l'enfant présente la face antérieure vers le côté droit, et que, dans cette circonstance, l'occiput s'est dévié à gauche. Cette remarque suffiroit pour justifier la manœuvre que je propose pour extraire les pieds lorsqu'ils se présentent au-dessus des os pubis, dans les positions des côtés.

Troisième genre. *Accouchemens dans lesquels l'enfant présente sa surface antérieure.*

Ce troisième genre d'accouchemens, où le tronc présente à l'entrée du bassin une des régions de sa surface antérieure, est le plus rare et le plus fâcheux. Pour offrir le devant du tronc, l'enfant doit nécessairement se renverser en arrière : cette attitude contre nature est si gênante, qu'il ne tarde pas à en être la victime si elle persiste quelque temps après l'écoulement des eaux. Dans ce cas, les contractions de la matrice se bornent à augmenter de plus en plus le renversement.

Les accoucheurs distinguent sur ce plan quatre régions faciles à reconnoître par le toucher, le devant du cou, la poitrine, l'abdomen, le devant des cuisses et du bassin. La présence de la poitrine et de l'abdomen fait courir beaucoup plus de danger à l'enfant que celle des deux autres régions, puisqu'on ne peut pas les rencontrer à l'entrée du bassin sans qu'il n'ait le tronc recourbé en arrière et la tête renversée sur le dos.

Le devant du cou ne présentant par lui-même aucune marque sensible au toucher, on ne peut guère le reconnoître que quelque temps après l'écoulement des eaux. Tant que la poche des eaux est entière, le menton, et le haut de la poitrine, que l'on distingue par l'échancrure du sternum et les clavicules, qui sont les signes caractéristiques de cette région, sont encore hors de la portée du doigt.

Lorsque la poitrine se présente, ce qui arrive rarement, tant

est extraordinaire l'attitude que doit prendre alors l'enfant, le doigt rencontre une surface aussi étendue que le bassin, sur laquelle il distingue les côtes, les clavicules, le sternum et le haut de l'abdomen.

Les signes caractéristiques de l'abdomen sont une tumeur large et molle, sur laquelle on rencontre l'insertion du cordon ombilical, terminée d'un côté par le rebord de la poitrine, et de l'autre par l'os des iles et ses tubercules antérieurs. Quand l'enfant présente l'abdomen, tantôt les cuisses sont allongées, les jambes fléchies et les pieds appuyés sur les lombes, en sorte que son plus grand diamètre s'étend du sommet de la tête aux genoux; tantôt les membres abdominaux sont pliés à l'ordinaire.

On reconnoît le devant des cuisses et du bassin par les parties sexuelles, surtout si c'est un garçon, et par les deux colonnes parallèles que forment les cuisses, qui sont nécessairement allongées : on rencontre aussi l'abdomen aux environs. Cette région est souvent au-dessus de la portée du doigt, parce qu'elle ne peut pas s'adapter exactement à l'entrée du bassin, comme le fait l'abdomen.

Les diverses régions de la surface antérieure peuvent se présenter de quatre manières à l'entrée du bassin, comme celles des surfaces latérales et postérieure. Comme dans les deux genres précédens d'accouchemens, la première position sera celle où l'enfant étant en travers la tête porte sur la fosse iliaque gauche et les pieds sur celle du côté droit; dans la seconde, la tête et les pieds sont situés en sens inverse; dans la troisième, l'extrémité encéphalique est au-dessus du pubis et les pieds vers le sacrum; dans la quatrième, les pieds sont en avant, et le sommet de la tête vers le sacrum.

Ces quatre régions n'exigent pas une manière différente l'une de l'autre de terminer l'accouchement lorsque l'on va chercher les pieds; seulement, les régions où les pieds sont plus éloignés de l'orifice offrent plus de difficulté dans l'exécution de la manœuvre. Il seroit inutile d'établir des positions pour chacune de ces régions, puisqu'elles n'offrent pas des indications différentes.

L'accouchement est toujours impossible sans les secours de l'art, parce que la longueur du corps de l'enfant se présente de front à l'un des diamètres du bassin pour s'y engager. Quelle que soit la région de cette surface antérieure que l'on rencontre, on doit toujours aller chercher les pieds dans tous les temps du travail. Rarement on réussiroit à ramener la tête à sa situation naturelle lorsque le devant du cou se présente, quand on opéreroit au moment de l'ouverture de la poche des eaux; en sorte que l'on ne doit pas tenter cette réduction, même dans cette circonstance favorable.

Première Position de la Surface antérieure.

L'enfant étant situé en travers, la tête porte sur le côté gauche du bassin et les pieds sur le côté droit.

Il est plus simple et plus avantageux d'aller saisir les pieds sur la fosse iliaque où ils sont situés, que de chercher à les ramener à l'orifice de la matrice en refoulant successivement vers le fond la poitrine, l'abdomen, les cuisses et les genoux. L'enfant étant défléchi, cette manœuvre réussiroit encore plus difficilement que dans les deux genres précédens; il en seroit de même de la version par la tête si on la tentoit. C'est tout au plus au moment de l'ouverture de la poche des eaux que l'on pourroit ainsi refouler le tronc; mais, dans ce moment même, le procédé que je vais décrire est, en général, plus convenable et plus facile à exécuter. Ce que je dis pour cette position doit aussi s'entendre des trois autres.

Pour opérer d'une manière sûre et conforme aux règles générales que j'ai établies, on doit introduire la main gauche, que l'on dirige vers la fosse iliaque droite. Après avoir repoussé la région qui se présente, on place les doigts de cette main vers le côté de l'enfant qui regarde le sacrum. On les dirige ensuite vers les pieds, que l'on dégage successivement en suivant les mêmes principe que dans les deux genres précédens d'accouchemens.

Seconde Position de la Partie antérieure.

L'enfant est placé en travers, de manière que l'extrémité encéphalique regarde la fosse iliaque droite, et les membres abdominaux celle du côté gauche.

On doit opérer dans cette position avec la main droite qui, pour atteindre les pieds, parcourt le côté de l'enfant qui répond au sacrum, après avoir repoussé de l'entrée du bassin la région qui se présente.

Il seroit bien plus difficile, dans ces deux positions, d'aller prendre les pieds sur les lombes de l'enfant, en passant une des mains sur le côté qui répond au pubis, et de s'efforcer de les entraîner en faisant rouler le tronc sur son axe. Ce déplacement seroit peut-être impossible si les eaux étoient écoulées depuis long-temps. Il seroit très-dangereux, puisqu'en tirant sur les pieds on renverseroit le tronc en arrière.

Troisième Position de la Surface antérieure.

La tête est au-dessus des os pubis; les pieds répondent au sacrum.

On peut introduire à son choix l'une ou l'autre main dans un état de supination. Si on opère de la main droite, on dirige les doigts sur la hanche qui répond au côté droit du bassin; on l'embrasse de manière à tourner les fesses vers la fosse iliaque droite, et la face antérieure vers celle du côté gauche. Dans cette manœuvre, on ne déplace que la partie inférieure du tronc sur laquelle on agit. On n'a plus ensuite à remplir que les indications générales propres à tous les accouchemens où l'on est obligé de retourner l'enfant.

Quand on fait choix de la main gauche, on la porte sur le côté de l'enfant qui regarde à gauche. Lorsque les doigts sont parvenus sur la hanche, on la saisit avec assez de force pour tourner les fesses vers le côté gauche du bassin, et le devant du tronc vers le côté droit. Le reste, comme dans la manœuvre précédente.

Quatrième Position de la Surface antérieure.

Les membres abdominaux sont en avant, et le sommet de la tête vers le sacrum.

Cette position est la seule pour laquelle il soit utile de distinguer deux temps dans le travail : il n'est même important d'avoir égard à la mobilité de l'enfant pour fixer la manœuvre que lorsque la région abdominale et le devant du bassin se présentent. Quand on opéreroit même au moment de la rupture de la poche des eaux, les deux autres régions exigent le même procédé que si les eaux étoient écoulées depuis long-temps.

Lorsque le devant des cuisses et même l'abdomen se présentent dans cette position, si on opère au moment de l'évacuation des eaux, on peut refouler le tronc en haut pour ramener les pieds à l'entrée du bassin.

Si les eaux sont écoulées depuis long-temps, le refoulement du tronc vers le fond de la matrice n'est plus possible, lors même que ces deux dernières régions se présenteroient à l'orifice.

Au lieu de recourir au procédé que je vais décrire, et qui est nécessaire pour aller chercher les pieds lorsqu'on rencontre les deux premières régions, soit que l'enfant soit mobile ou non, ou bien celle de l'abdomen lorsqu'il est fortement pressé, on peut, quand le devant du bassin se présente, quoique les eaux soient écoulées depuis long-temps, introduire une main vers l'un des côtés, pendant que de l'autre main on incline la matrice vers le même côté, jusqu'à ce que du bout des doigts on puisse accrocher les genoux ou les pieds.

Procédé pour extraire l'enfant dans cette position lorsque l'une des trois premières régions se présente.

Dans cette position, la tête ne reste pas appuyée sur la saillie formée par la colonne vertébrale : le menton se porte toujours sur l'un des côtés. Si la tête s'est placée sur le côté droit du sa-

crum, on doit se servir de la main droite, qui est celle qui donnera plus de facilité pour aller saisir les pieds. Avec cette main, on porte les parties qui se présentent sur le devant de la fosse iliaque droite, vers laquelle elles se sont déjetées, tandis qu'avec l'autre, appliquée sur l'abdomen, on incline le fond de la matrice vers le côté gauche pour favoriser le dégagement des pieds, en donnant à l'enfant une position transversale à l'égard du bassin. Ce déplacement considérable est celui de la matrice; l'enfant ne l'éprouve qu'avec elle. Si on ne changeoit pas la direction de la matrice, il ne seroit pas possible de porter la main jusqu'aux pieds.

Le procédé que je viens de décrire, et qui est celui adopté par M. Baudelocque pour le plan antérieur lorsque la face s'est placée sur le côté droit, est le même que j'ai conseillé pour aller chercher les pieds lorsque l'un des côtés de l'enfant se présente les pieds situés au-dessus du pubis, la surface antérieure dirigée vers la fosse iliaque droite, si dans ce cas l'occiput, en abandonnant le sacrum, s'est déjeté à droite.

Si la tête, en abandonnant le sacrum, s'est inclinée vers le côté gauche, on doit se servir de la main gauche pour opérer avec facilité. Cette déviation doit être plus rare que la précédente, à cause de l'obstacle offert par le rectum sur ce point du bassin. La manœuvre est absolument la même que dans le cas précédent: on porte les parties qui se présentent sur la fosse iliaque gauche; de l'autre main, on incline le fond de la matrice vers le côté droit, pour que les pieds soient plus faciles à atteindre. Plus on incline ce viscère, plus on diminue la difficulté que l'on doit éprouver à les saisir. Cette manœuvre est celle que j'ai adoptée pour les cas où les pieds sont au-dessus du pubis, l'un des côtés présentant sa face antérieure à gauche, lorsque, dans cette circonstance, l'occiput s'est incliné vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Il résulte de là que je n'ai fait que réduire à un procédé uniforme toutes les positions où les pieds sont au-dessus du pubis.

Pour retourner l'enfant avec facilité dans cette position, on doit la convertir en l'une de celles des surfaces latérales où

l'occiput porte sur l'une des fosses iliaques, pendant que la partie antérieure du tronc regarde le pubis.

Accouchemens où la main se présente.

Je termine les accouchemens où l'on peut extraire l'enfant sans l'emploi d'aucun instrument par ceux où la main se présente : ils doivent se rapporter à l'un des trois genres précédens, mais plus fréquemment au premier; car, lorsque le bras ou la main paroissent au-dehors, l'épaule est le plus souvent placée au détroit supérieur. Les accouchemens où l'enfant présente la main ont, pendant long-temps, été regardés comme les plus difficiles que l'on pût rencontrer. Mais depuis que les sages-femmes ne sont plus seules en possession de l'exercice de l'art d'accoucher, on n'a plus vu dans ces accouchemens que des cas ordinaires, qui quelquefois même n'exigent pas les secours de l'art. Les préceptes que les chirurgiens les plus célèbres ont donnés à l'occasion de ces accouchemens sont si contraires aux vrais principes de l'art qu'ils suffiroient pour prouver qu'ils n'avoient jamais exercé cette profession, et qu'ils n'en ont traité que d'après des connoissances purement théoriques. Lorsque les matrones les appeloient à leur secours, ils croyoient que l'art étoit impuissant, et qu'il n'y avoit d'autre ressource que de retrancher ce membre.

J'ai remis à parler de cette complication de la présence de la main après toutes les autres espèces d'accouchemens, parce que cette partie peut s'engager avec les diverses régions qui font le sujet des diverses espèces d'accouchemens soit naturels, soit artificiels, dont j'ai traité jusqu'à présent. En effet, si la main se présente le plus souvent lorsque l'épaule est adaptée au détroit supérieur, elle paroît aussi en même temps que la tête, les fesses ou toute autre région de la surface de l'enfant.

La présence de la main à l'orifice de la matrice n'offre pas toujours la même indication : outre qu'elle varie suivant la partie qu'elle accompagne, le temps du travail où elle paroît et les différentes circonstances qui le compliquent y apportent

encore des différences. Le bras ou la main peuvent se présenter à l'orifice de la matrice avant l'ouverture de la poche des eaux, ou quelque temps après que ce liquide s'est écoulé. La présence du bras et de la main n'offre aucune indication tant que la poche des eaux est entière, à moins qu'on ne crût devoir conseiller, avec Deventer, de pincer les doigts de l'enfant pour le forcer à retirer la main; ou bien, avec d'autres, de lui mettre un morceau de glace dans la main pour produire le même effet. Si, comme l'a prétendu M. Thouret, dans un mémoire que j'ai déjà cité, la nature assoupit l'enfant pendant le travàil pour lui épargner le sentiment de la douleur, ces pratiques doivent être regardées comme futiles. Après la rupture de la poche, la conduite que l'on doit tenir est subordonnée à la région que présente l'enfant, et à la situation particulière de cette région. En supposant même que l'enfant soit mal situé, le moment le plus favorable pour opérer est toujours celui de l'écoulement des eaux, soit qu'il se fasse spontanément, soit que l'on ouvre les membranes lorsqu'il tarde trop à se faire. En opérant dans ce moment, on peut toujours empêcher la main ou le bras de s'engager dans le vagin. Pour se procurer cet avantage, il n'est pas nécessaire d'introduire la main dans la matrice, comme l'ont conseillé *Peu*, *Smellie* et *de Leurie*, pour aller percer les membranes vers le fond de ce viscère, et saisir ensuite les pieds pour les entraîner dans le vagin.

Si on étoit toujours appelé dans ce premier moment, il ne seroit jamais difficile de satisfaire à l'indication que présente cette partie. Si la main accompagne la tête, les fesses ou les pieds à l'orifice de la matrice, elle ne s'oppose pas, pour l'ordinaire, à l'accouchement dans ce cas, si le bassin est bien conformé. Il peut arriver que l'on trouve, avant la rupture de la poche des eaux, la main sur les côtés de la tête ou des fesses, quelquefois même on la rencontre encore au moment où cette poche se déchire, quoique par la suite la tête ou les fesses s'engagent seules : elle disparoît par les seuls efforts de la nature pendant le cours du travail; ce qui dicte à l'accoucheur, lors-

qu'il rencontre de bonne heure la main qui tend à s'engager avec l'une de ces deux parties, de la soutenir, pendant chaque douleur, de l'extrémité d'un doigt pour s'opposer à sa descente, et la forcer à remonter à mesure que la tête ou les fesses avancent. Il seroit surtout urgent d'empêcher la main de descendre en la soutenant si le bassin étoit médiocrement resserré, et que l'on dût s'attendre que sa présence pourra s'opposer à la descente de la tête et des fesses. Si l'on n'avoit pas pu réussir à repousser la main, et que l'on prévît qu'elle dût apporter des obstacles à l'accouchement, parce que le bassin est resserré, on devroit amener l'enfant par les pieds. La présence du bras ou de la main peut donner lieu au renversement de la tête. M. Baudelocque conseille d'essayer de la rétablir dans sa situation naturelle, et de n'aller chercher les pieds qu'autant qu'on ne peut pas satisfaire à cette première indication. La présence du bras oppose toujours assez d'obstacles pour qu'il soit plus avantageux de retourner sur-le-champ l'enfant.

Lorsque la tête occupe le fond du bassin, on ne doit plus chercher à faire remonter la main : on se contente de diriger le bras vers celle des échancrures ischiatiques où il y a plus de vide, pour que cette partie mette moins d'obstacle à l'accouchement. Mais si le bassin étoit rétréci au point que la présence du bras sur les côtés de la tête l'empêchât d'avancer par les seuls efforts de la mère, comment doit se comporter l'accoucheur ? Il doit terminer l'accouchement par le forceps, nonobstant la présence du bras. Il existe deux exemples d'application du forceps, dans une circonstance semblable, communiqués par M. Baudelocque : l'un est tiré de sa propre pratique, l'autre de celle de son frère cadet. Dans les deux cas, quoique le bras formât une espèce de sillon sur la tête, l'enfant fut amené vivant. Dans le premier, la tête auroit pu absolument être repoussée, puisqu'elle étoit très-peu engagée ; mais M. Baudelocque préféra appliquer le forceps, parce que le bassin étant rétréci, il y auroit eu trop de danger d'extraire l'enfant par les pieds. Dans l'autre cas, la tête avoit franchi

le col de la matrice. La femme ne pouvant pas se délivrer toute seule, le forceps devenoit nécessaire, parce qu'on ne pouvoit plus repousser la tête pour amener les pieds.

Lorsque le bras ou la main sont au-dehors, le plus souvent l'épaule est placée au détroit supérieur. C'est dans cette circonstance que les accoucheurs anciens avoient cru que la présence de ces parties s'opposoit à ce que l'on pût terminer l'accouchement ; c'est pour ce cas qu'ils ont proposé des méthodes d'opérer si différentes, parce qu'ils s'étoient formé une fausse idée de la nature des difficultés qui s'opposoient à l'extraction de l'enfant : ils croyoient qu'elles dépendoient de la présence et de l'état du bras sorti, et ils avoient en conséquence conseillé, les uns de faire rentrer le bras dans la matrice pour aller ensuite chercher les pieds; d'autres, de tirer sur ce bras pour extraire l'enfant. Paré, Guillemeau, son disciple, ont conseillé d'arracher cette extrémité en la tordant, comme on le pratique pour l'évulsion d'une branche d'arbre ; ils ont quelquefois arraché les deux bras lorsqu'ils ont trouvé encore des difficultés après la séparation de la première extrémité. Quelques autres ont cru qu'il seroit plus humain et plus méthodique de l'amputer avec des tenailles incisives. D'autres se sont contentés de faire des incisions sur le bras pour en procurer le dégorgement, parce qu'ils croyoient que la tuméfaction de cette partie étoit la cause qui s'opposoit à l'introduction de la main. Peu a conseillé, dans ce cas, de placer un lacs autour du corps pour faire descendre les fesses, pendant qu'on s'efforce de repousser le haut de la poitrine. Quand on ne peut pas introduire la main pour aller chercher les pieds, Deleurie donne le précepte d'aller chercher la seconde main.

Ces manœuvres sont toutes plus ou moins vicieuses et répréhensibles ; toutes supposent que c'est la présence du bras engagé qui s'oppose à l'introduction de la main de l'accoucheur. Or, le bras le plus gros, quelque tuméfié qu'il soit, ne peut pas empêcher la main de l'opérateur de pénétrer dans l'utérus pour retourner l'enfant, si le bassin de la femme a sa largeur naturelle, et que la dilatation de l'orifice soit portée au

point de permettre la sortie de la tête et des fesses. Le volume de la main de l'accoucheur, réuni avec celui du bras de l'enfant, ne peut jamais surpasser la dilatation du col si elle est assez considérable pour donner issue à ces parties, ce qui seroit cependant nécessaire pour que le bras de l'enfant pût s'opposer à l'introduction de la main de l'accoucheur dans la matrice, dans un moment où il existe des dispositions favorables de la part de l'orifice pour la terminaison de l'accouchement.

Il n'est donc jamais nécessaire de faire des incisions sur le bras tuméfié pour en opérer le dégorgement; on est encore moins autorisé à l'arracher ou à l'amputer. Si, après l'arrachement du bras, on a pu aller chercher les pieds, quoiqu'on ne le pût pas auparavant, cette facilité ne peut être attribuée à l'absence du bras. Les efforts que l'on a exercés pour arracher ce membre ont produit des déchirures ou une dilatation forcée, qui ont permis d'introduire la main. Deventer avoue avoir arraché quelquefois le bras en le tordant, suivant le conseil de Mauriceau; mais il fait l'aveu que cette pratique ne lui a été d'aucun secours, parce que, dit-il, ce n'est pas du bras sorti que vient la diffficulté que l'on trouve à retourner l'enfant. On peut procurer la dilatation du col par des moyens plus doux et adaptés à la nature de l'obstacle, qui permettent de conserver à l'enfant son bras.

Ceux qui ont conseillé de tirer sur le bras sorti pour entraîner l'enfant, n'avoient pas suffisamment médité sur le rapport qui existe entre les dimensions d'un enfant à terme dont le bras est au-dehors et l'épaule à l'entrée du bassin, et les diamètres d'un bassin même très-vaste. Pour que l'enfant puisse sortir, il faut qu'il soit assez petit pour pouvoir venir en double, ce qui arrive rarement, à moins qu'il ne vienne au monde avant terme. J'ai vu un enfant sortir par l'épaule dans un accouchement qui s'est fait à sept mois. Le frère de M. Baudelocque a rencontré un cas où, en tirant sur le bras qui étoit sorti, au point que l'épaule débordoit les grandes lèvres et que la poitrine paroissoit à la vulve, il vint à bout d'extraire l'enfant avec assez

de facilité; mais ce cas particulier ne suffit pas pour autoriser à tenir la même conduite toutes les fois que le bras paroît au-dehors. L'enfant dont il s'agit étoit putréfié et petit : sans ces deux conditions il n'eût pas pu sortir, et il eût fallu le retourner.

Denmann a rassemblé une trentaine d'exemples où l'enfant a été expulsé par les seuls efforts de la nature, en présentant tantôt les fesses, tantôt les pieds, quoique le bras fût dehors depuis plusieurs jours, et que l'épaule parût à la vulve. Ces exemples prouvent combien sont grandes, dans quelques cas, les ressources de la nature; mais ils ne peuvent pas autoriser à livrer la femme à elle-même lorsque l'enfant est mort, ainsi que le conseille Denmann. Dans les exemples cités par cet auteur, où les fesses ou les pieds se sont ainsi présentés spontanément, sur trente enfans, un seul est venu vivant; d'où il conclut que lorsqu'il est possible de conserver l'enfant, on doit le retourner et l'amener par les pieds; mais il veut qu'on le laisse venir spontanément s'il a perdu la vie : le plus grand nombre des femmes seroient victimes d'une pratique semblable.

Le précepte de Deleurie, qui ordonne d'aller chercher le second bras lorsque la main de l'accoucheur ne peut pas pénétrer dans la matrice pour dégager les pieds, paroît contradictoire. Comment la main peut-elle entrer dans la matrice pour entraîner le bras, si elle ne peut pas y parvenir lorsqu'on se propose de saisir les pieds? La difficulté pour l'introduire doit toujours être la même, quelle que soit l'intention de l'accoucheur. D'ailleurs, lorsqu'un bras est au-dehors, souvent l'autre est plus éloigné de l'orifice que les pieds, et est plus difficile à atteindre. On a eu tort de prêter à Deleurie le ridicule d'avoir donné le précepte de porter la main dans la matrice pour dégager l'autre bras lorsqu'elle ne peut y pénétrer pour amener les pieds; il dit seulement que si la main ne peut pas entrer dans la matrice pour entraîner les pieds, on doit s'efforcer d'amener dans le vagin l'autre bras, qui, en sortant, peut ébranler l'enfant et faciliter ainsi l'introduction de la main. Ce précepte est sans doute très-répréhensible. Il est évident que quand il existe

deux bras au lieu d'un seul, dans l'orifice, l'introduction de la main n'en peut pas devenir plus facile. Si l'on ne doit pas adopter ce conseil, on conçoit cependant que, quoiqu'on ne puisse pas introduire la main dans l'utérus, on peut, dans quelques cas, accrocher le bras de l'enfant encore renfermé dans le sein de sa mère. Si cette extrémité croise la poitrine ou le dos, et vient se présenter à l'orifice, on peut alors saisir la main de l'enfant du bout de quelques doigts et l'entraîner au-dehors.

Il seroit très-difficile, en suivant le conseil donné par Peu, de faire descendre les fesses au moyen d'un lacs passé autour du corps, pendant qu'on repousse le haut de la poitrine; mais quand on pourroit y réussir, on ne devroit jamais recourir à ce moyen, parce que l'accouchement par les fesses est toujours plus douloureux pour la femme que celui par les pieds, outre qu'il est bien plus facile d'aller chercher les pieds que d'amener par ce procédé les fesses à l'orifice de la matrice.

Le moyen le moins dangereux parmi tous ceux que l'on a conseillés pour terminer les accouchemens où la main paroît au-dehors, pendant que l'épaule est adaptée au détroit supérieur, est celui de faire rentrer le bras sorti; mais ce précepte, en apparence plus raisonnable, suppose également que le bras peut remplir entièrement le passage, et qu'il s'oppose par sa présence à l'introduction de la main de l'accoucheur, ce qui ne peut jamais se rencontrer quelque tuméfié qu'on le suppose. Il n'est donc jamais nécessaire de le faire rentrer, lors même qu'on pourroit en venir à bout, sans aucun inconvénient, au moment de l'écoulement des eaux; il est même plus avantageux de le laisser dans cette position; car alors, loin de nuire, il sert au contraire à déterminer, par sa situation, vers quelle partie de la matrice les pieds de l'enfant se sont tournés; puisque, à moins que le bras n'ait éprouvé une torsion contre nature, la paume de la main se trouve toujours tournée vers les extrémités inférieures. Le bras aide aussi à déterminer les rapports du plan antérieur; en sorte que, quand on le supposeroit putréfié, cette circonstance ne seroit pas

suffisante pour autoriser à le retrancher avant l'accouchement : sa présence ne pouvant jamais s'opposer à l'introduction de la main de l'accoucheur dans la matrice, si la dilatation de l'orifice est portée au dernier degré, il sera toujours temps de de l'amputer lorsqu'il sera hors du sein de sa mère si la putréfaction est réelle. D'ailleurs, la putréfaction peut n'être que locale et l'enfant conserver encore la vie : dans ce cas, on pratiquera l'amputation d'une manière plus avantageuse après la naissance de l'enfant.

Lorsqu'on rencontre des obstacles pour introduire la main, ils ne viennent que de la contraction de la matrice, de la roideur de l'orifice et de son peu de dilatation. Si on opère au moment de l'évacuation des eaux, il est facile de se convaincre que c'est à cette cause que l'on doit attribuer les difficultés ; car on introduit la main avec facilité dans ce moment si l'orifice est suffisamment dilaté et souple. L'on a vu quelquefois des cas où la présence du bras paroissoit rendre l'introduction de la main impossible. Il est survenu tout-à-coup une hémorrhagie abondante qui a facilité cette introduction, tandis qu'auparavant, malgré des efforts réitérés, on n'avoit pas pu surmonter la résistance offerte par le col. Si une perte abondante fait cesser les obstacles qui s'opposent à l'introduction de la main, c'est en favorisant le relâchement du col, soit que son resserrement tienne à un défaut de dilatation, soit parce que la matrice, affectée de spasme, s'est contractée sur le corps de l'enfant.

L'art doit donc tendre à imiter la nature. Lindication que présente la difficulté que l'on éprouve à introduire la main consiste à procurer au col la souplesse ordinaire, et à dissiper son resserrement, soit naturel, soit spasmodique, avant de s'efforcer de retourner l'enfant. C'est toujours de l'état du corps et du col de la matrice qu'il faut s'occuper, et non de l'état du bras sorti, parce qu'il ne présente jamais d'indications urgentes.

Si un état de spasme de la matrice s'oppose à ce que l'accoucheur puisse porter la main dans l'utérus, il faut, avant d'entreprendre de terminer l'accouchement, faire cesser la contraction spasmodique de ce viscère par le moyen de la saignée du

bras, des bains, des injections émollientes et narcotiques. On doit répéter la saignée du bras plusieurs fois lorsque la constitution de la femme le permet. C'est en la pratiquant cinq fois sur une femme, au rapport de M. Alphonse-Leroy, que Solayrès vint à bout de la sauver ainsi que son enfant. Si une foiblesse extrême s'opposoit à l'emploi de la saignée, on devroit se borner à l'administration des bains, des anti-spasmodiques. On doit laisser long-temps la femme dans le bain; dans l'invalle des bains, il est utile de recourir aux injections.

Cette circonstance n'est pas celle qui s'oppose le plus souvent à ce que l'on puisse porter la main dans la matrice pour retourner l'enfant. Le plus communément la difficulté que l'on éprouve à son introduction est produite par le défaut de dilatation naturelle du col au moment où l'on veut aller chercher les pieds, parce que le bras vient de paroître au-dehors : le col est encore trop roide et trop épais pour se laisser dilater suffisamment. La poche des eaux s'étant rompue prématurément, la main s'est engagée avant que la dilatation fût suffisante pour terminer l'accouchement sur-le-champ : il est même possible que la femme ne soit pas encore en travail. Comme dans les cas où la tête se présente, il peut encore rester plusieurs jours à se déclarer. On doit attendre que les efforts naturels de l'accouchement aient triomphé de la résistance offerte par les fibres du col : la nature suffit souvent toute seule pour opérer la dilatation suffisante, et pour donner à ces fibres la souplesse convenable. Si ce relâchement s'opère trop lentement, on peut accélérer la dilatation du col par la saignée du bras, par les bains, les injections relâchantes. On peut employer tout le temps nécessaire pour produire dans le col les dispositions favorables, puisque le bras sorti au-dehors ne présente jamais d'indications urgentes. En introduisant les doigts pour accélérer la dilatation, on prive les parties de la mucosité qui les enduit et qui est très-propre à les relâcher. Une introduction réitérée très-souvent pourroit les enflammer et augmenter la tuméfaction du bras. La lividité, la tuméfaction du bras qui se présente au-dehors annoncent que l'enfant étoit vivant au moment

où il s'est engagé après la rupture de la poche des eaux. Les efforts que l'on feroit pour dilater le col pourroient le déchirer, et serviroient plutôt à augmenter les difficultés qu'à les diminuer.

Lorsque la dilatation est suffisante pour introduire la main, soit que la nature toute seule l'ait opérée, soit que l'art y ait concouru, on doit aller chercher les pieds; mais il seroit dangereux d'y procéder tant que cette disposition favorable n'existe pas. Pour retourner l'enfant, on ne doit avoir aucun égard au bras qui est au-dehors et se comporter suivant la position de l'épaule relativement à l'entrée du bassin. On doit d'abord examiner si la tête est sur l'une ou sur l'autre fosse iliaque, ou bien si elle répond au pubis ou au sacrum. Il faut encore s'assurer si la surface antérieure est vers le pubis ou le sacrum, ou bien vers l'un des côtés du bassin. La main peut se présenter dans toutes les positions de l'épaule sans exiger un procédé opératoire différent.

Pour s'opposer à la rentrée du bras dans la matrice pendant que l'on va chercher les pieds, il faut appliquer un lacs sur le poignet avant l'introduction de la main. Si le bras venoit à rentrer, il pourroit s'arc-bouter contre un des points du bassin, et s'opposer à la descente du tronc : il seroit exposé à se fracturer s'il ne venoit pas se placer sur les parties latérales de la tête pendant qu'on entraîne les pieds. On a l'attention de ne pas tirer sur le lacs pendant qu'on retourne l'enfant, parce que, dans ce moment, l'épaule doit s'éloigner du détroit. Lorsque les fesses sont parvenues au passage, le lacs sert à fixer le bras et à le tenir allongé le long du corps de l'enfant : on tire sur le lacs pour faire descendre le bras dans les mêmes proportions que le tronc.

ORDRE DEUXIÈME.

Accouchemens où un instrument devient nécessaire pour extraire l'enfant.

J'ai divisé cet ordre en deux sections. Il comprend, comme le premier ordre, des accouchemens accidentellement contre nature, et d'autres qui le sont essentiellement. La première section, qui traite des accouchemens où les instrumens que l'on emploie pour extraire l'enfant agissent sans intéresser la continuité des parties de la mère ni celles de l'enfant, est la seule qui renferme des accouchemens accidentellement contre nature. Je les réunis dans un même article, parce que l'indication est toujours la même, quoique les effets qui résultent de l'application de l'instrument dont on fait usage ne soient pas également avantageux dans l'un et l'autre cas. Les accouchemens compris dans la seconde section, où l'on divise les parties de l'un des deux individus, sont toujours essentiellement contre nature.

SECTION PREMIÈRE.

Des Accouchemens où les instrumens que l'on emploie pour extraire l'enfant agissent sans intéresser les parties de la mère ni celles de l'enfant.

Les forceps est le seul instrument qui puisse être rangé dans cette classe. Il en est de l'art des accouchemens comme de celui de la chirurgie, le nombre et la complication des instrumens ont toujours été en diminuant à mesure que l'une et l'autre de ces sciences se sont perfectionnées. Le levier ne sert pas à extraire l'enfant : toute son action se passant sur l'occiput, dont il favorise la bascule, en rappelant au centre du bassin la région occipitale qui s'étoit relevée, cet instrument ne peut être utile que dans le premier genre de la classe des accouchemens mixtes à laquelle il appartient. Les lacs ne font que faciliter la version de l'enfant, en fixant un des pieds ou la main qui sont

au-dehors. J'aii ndiqué quels sont les cas où l'on doit recourir aux crochets mousses pour entraîner les fesses. Comme le forceps, ils ne divisent pendant leur action les parties ni de l'un ni de l'autre individu, et pourroient en quelque sorte être rapportés à ce genre.

On désigne ordinairement les accouchemens où l'on est obligé d'employer le forceps sous le nom de *laborieux*. J'abandonne cette dénomination, parce que s'il en est quelques-uns qui offrent de grandes difficultés et qui soient dangereux pour la mère ou pour l'enfant, dans le plus grand nombre des cas où l'on fait usage de cet instrument, l'on n'éprouve aucune difficulté. Souvent l'enfant court moins de danger que dans la plupart des accouchemens où l'on est contraint de l'amener par les pieds. Il est même quelques espèces d'accouchemens naturels qui sont plus douloureux pour la femme que l'application du forceps au détroit inférieur. En effet, il est des cas où cette application est facile et sans danger pour l'enfant; d'autres, au contraire, où elle est difficile et expose la vie de l'enfant; en sorte que les accouchemens par le forceps présentent de grandes différences suivant le lieu où on l'applique et les circonstances qui nécessitent son emploi. Les différentes espèces ne se ressemblent que par la nécessité, soit absolue, soit relative, où l'on est d'employer cet instrument pour terminer un accouchement que la main seule ne pourroit pas opérer, ou du moins avec autant d'avantage.

Je ne chercherai pas à décider à quelle époque le forceps a été employé pour la première fois : les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point, ni sur le nom de celui auquel on doit attribuer la découverte de cet instrument. Il en est qui prétendent que la première idée du forceps se trouve dans l'ouvrage de Jacob Ruff, qui vivoit vers le milieu du seizième siècle; mais le plus grand nombre pense que ce n'est qu'au commencement du dix-septième siècle qu'on a employé un forceps dans le dessein d'extraire l'enfant en lui conservant la vie. Avicenne, médecin arabe, qui écrivoit au commencement du dixième siècle, recommandoit l'emploi du forceps; mais la

figure que nous a laissée Albucasis de cet instrument dans ses planches prouve qu'il n'étoit destiné qu'à écraser les os de la tête, puisqu'il nous le représente armé de dents longues et aiguës.

L'opinion la plus généralement admise est que Hugues Chamberlayn, accoucheur, qui vivoit au dix-septième siècle, fut l'inventeur de cet instrument, dont il fit d'abord un secret qu'il ne révéla qu'à ses neveux. Chapman le fit connoître dans le Traité d'Accouchement qu'il publia en 1734, et où il en fait l'apologie.

Quoiqu'on attribue communément à Chamberlayn l'honneur de l'invention du forceps anglais, Jonhson observe qu'un chirurgien de Brentford, nommé *Drinkwater*, s'étoit déjà servi d'un forceps qui a la plus grande ressemblance avec celui décrit par Chapman et Griffard. Palfin l'a fait connoître le premier en France, et s'en est attribué la découverte. Un des fils de Chamberlayn vint d'Angleterre en France pour y faire connoître cet instrument; mais les premiers essais qu'il en fit ne lui furent pas favorables. Il l'appliqua dans une circonstance où le bassin étoit trop étroit pour livrer passage à la tête de l'enfant, même après avoir éprouvé une réduction de la part du forceps. Mauriceau, qui voyoit dans Chamberlayn un rival, saisit cette occasion pour décrier cet instrument et son inventeur. Les contradictions qu'il éprouva, et qu'il ne méritoit pas, le déterminèrent à retourner en Angleterre, où, plus généreux que son adversaire, il publia immédiatement après une traduction de l'ouvrage de Mauriceau.

Mais le jugement de Mauriceau n'empêcha pas les accoucheurs de toutes les nations d'accueillir cet instrument, tout informe qu'il étoit, et d'y faire les corrections qu'ils crurent nécessaires. Levret et Smellie sont ceux qui ont le plus contribué à la perfection du forceps, qui n'étoit dans l'origine que deux espèces de cuillers à soupe unies l'une à l'autre. Presqu'à la même époque, ces deux auteurs, également célèbres, changèrent la forme de cet instrument, en y ajoutant une double courbure, laquelle en a singulièrement étendu les usages et

les avantages. Smellie employoit deux forceps, l'un droit et l'autre courbe; celui qui est droit ne s'applique qu'au détroit inférieur. Le cuir dont est recouvert le forceps de Smellie rend son introduction plus difficile : il vaut mieux employer le forceps nu, comme on le fait en France. Quelques auteurs ont même craint, probablement sans fondement, que si on ne renouveloit pas à chaque instant le cuir, on ne s'exposât à communiquer à d'autres femmes l'infection vénérienne dont l'une seroit atteinte.

Le forceps tire son nom de la ressemblance qu'il a avec les tenailles, appelées en latin *forceps*. Tel qu'on l'emploie aujourd'hui, il est composé de deux branches parfaitement semblables, qui forment une espèce de pince, dont l'une porte un pivot mobile, et l'autre une ouverture dans laquelle est reçu le pivot. On appelle vulgairement *branche mâle* celle qui porte le pivot, et l'autre *branche femelle*. Je conserve ces dénominations, quoique je convienne qu'elles sont peu convenables, par la difficulté d'en substituer de meilleures sans user de périphrase. On distingue à chaque branche trois parties principales : savoir, une cuiller, un corps et un crochet.

La cuiller que présente chaque branche est à jour dans son centre, et pourvue d'une double courbure : l'une est à la face interne de la cuiller, et regarde celle de la cuiller du côté opposé lorsque les deux branches sont articulées. Le degré de la courbure de chacune des cuillers est proportionné à la convexité de la tête. L'autre courbure se trouve sur le bord supérieur de chaque cuiller : elle a été ajoutée pour que chaque branche s'accommodât plus exactement à l'arcade du pubis. On lui donne le nom de *nouvelle courbure*, parce qu'on a reconnu plus tard sa nécessité. Dans l'origine, chaque cuiller offroit intérieurement un filet saillant, que l'on croyoit utile pour affermir la prise de l'instrument sur la tête de l'enfant. On a reconnu la nécessité d'effacer, ou au moins de diminuer cette espèce de vive-arrête, parce qu'elle meurtrissoit et déchiroit les tégumens.

Le forceps le plus usité en France est celui de Levret, auquel

on a ajouté deux pouces de longueur d'après les vues de Péan. Cette correction le rend propre à servir au détroit supérieur, sans diminuer ses avantages pour les cas où la tête est dans l'excavation. Cette addition en longueur rend la courbure qui est placée sur le bord de chaque cuiller beaucoup plus douce, et elle fait qu'elle s'accommode beaucoup mieux au détroit supérieur et à l'arcade du pubis.

M. le professeur Dubois a fait plusieurs changemens au forceps de Levret, qui offrent, dans quelques cas, des avantages réels : 1° il a augmenté la longueur de chaque branche de neuf à dix lignes. Cette première modification le rend propre à saisir avec plus de facilité la tête qui est placée au-dessus du détroit supérieur. 2°. Les crochets qui terminent ce forceps sont de forme arrondie, recourbés en demi-cercle. Cette disposition les rend bien plus propres à dégager les fesses en les conduisant dans le pli des aînes ; ils s'accommodent beaucoup mieux à la forme des hanches que les crochets qui terminent les branches du forceps de Levret. Si un seul crochet mousse, placé dans le pli de l'aîne, ne suffit pas pour entraîner les fesses, on peut introduire l'autre crochet dans l'autre pli de l'aîne, et unir les branches du forceps en sens contraire : les cuillers du forceps ordinaire servent alors de manche, et leur convexité se trouve placée en dedans. Il résulte de cette application un forceps particulier, très-court, qui, d'après sa forme, embrasse plus exactement les hanches que le forceps court de Smellie. 3°. Les boutons olivaires qui terminent chaque crochet mousse sont creux, et renferment dans leur intérieur une pointe que l'on voit paroître lorsqu'on les enlève en les divisant : on a alors des crochets aigus qui peuvent remplacer ceux que l'on applique sur la tête d'un enfant mort pour en opérer l'extraction. Ces crochets aigus peuvent s'unir en manière de forceps, comme les crochets mousses. Ces diverses modifications ont forcé à rendre beaucoup plus grêle la portion des branches qui tient lieu de manche. Pour remédier à cet inconvénient, M. Dubois a fait pratiquer une rainure sur une pièce de bois d'ébène, dans laquelle le manche et le cro-

chet sont reçus, et qui y sont fixés par deux clous à vis. Ce morceau de bois augmente le volume des branches, ce qui fait qu'on les saisit avec plus de force.

M. Thenance, de Lyon, ayant observé qu'il est quelquefois difficile de croiser les branches, a imaginé un forceps susceptible de s'articuler sans avoir recours au croisement des branches. Il proposa son forceps non croisé, pour la première fois, en 1781. Il a dirigé de nouveau l'attention des praticiens sur cet instrument, dans une dissertation présentée, il y a quelques années, à l'Institut et à la Société de Médecine. Les branches ont dix-sept pouces de longueur; elles sont aplaties latéralement dans toute leur étendue. L'axe transversal des sinus curvilignes que les cuillers laissent entre elles est un peu moindre dans ce forceps, qui, d'après cette disposition, doit serrer la tête avec plus de force. Chaque branche est percée, dans la portion qui répond à la vulve après son application, d'une ouverture ovalaire longue d'un pouce, large de quatre à cinq lignes. On passe à travers cette ouverture, où se trouve le lieu de l'entablement des branches, l'angle d'une serviette qui sert à serrer les branches pour les fixer sur la tête. A l'extrémité et entre les crochets se trouve une charnière percée d'un trou pour recevoir la goupille qui est destinée à réunir les branches et à les affermir. Il me semble qu'il seroit plus avantageux de placer la goupille à l'endroit de l'entablement, comme je l'ai vu dans quelques forceps faits d'après les vues de M. Thenance. On est bien plus exposé à ne pas saisir la tête convenablement avec cet instrument. Les branches sont sujettes à vaciller, parce qu'elles ne sont pas suffisamment assujetties par les circonvolutions de la serviette; il offre cet inconvénient, que le point d'appui des deux branches qui a son siége dans la charnière se trouve à la partie de l'instrument la plus éloignée de la résistance.

M. Désormeaux père s'étant aperçu que l'élévation du pivot rendoit quelquefois l'articulation des branches difficile, en a diminué la hauteur, et a substitué au pivot mobile employé pour les fixer et les assujettir, une coulisse dans la rainure de

laquelle est reçu le pivot, dont le sommet la surpasse en largeur, excepté dans le lieu par où il pénètre pour s'y introduire; ce qui ne lui permet plus de sortir lorsqu'on a fait glisser la coulisse.

Fried ayant aussi reconnu que souvent il est difficile d'articuler les branches, a proposé, pour qu'on puisse les unir de quelque manière que la tête soit embrassée, de rendre l'une des branches mobile. Ces forceps doivent être proscrits, comme le remarque très-bien Stein. La manière dont est alors saisie la tête est incertaine et pourroit être très-nuisible.

Quoiqu'un opérateur exercé puisse extraire la tête avec tous ces forceps indistinctement, je crois cependant que, suivant les circonstances, il y a un avantage réel à préférer l'un des trois aux autres. Dans l'excavation, le forceps ordinaire suffit et est plus aisé à manier; on doit préférer celui de M. Dubois, dont les branches sont plus longues, pour aller saisir la tête au-dessus du détroit; lorsqu'il est très-difficile d'articuler les branches, on doit employer le forceps de M. Thenance. Dans un cas où la tête étoit très-volumineuse et retenue au-dessus du détroit, pendant que le tronc étoit au-dehors, cet instrument seul a procuré l'avantage de pouvoir saisir convenablement la tête.

Dans les premiers temps de son invention, le forceps a peut-être donné la mort à un plus grand nombre d'enfans qu'il n'en a sauvés : car, lorsqu'il est appliqué sans principes, son usage est meurtrier; il augmente les obstacles, loin de les surmonter. Mais depuis que son application a été soumise à des règles certaines, cet instrument est devenu extrêmement salutaire, et par son usage on peut conserver en même temps la mère et l'enfant. Le forceps ne doit pas être très-fréquemment employé. Il résulte du rapport qu'a fait M. Baudelocque sur l'hospice de la Maternité, que sur sept mille cent trente sept enfans nés dans cet hospice, dans l'espace de quatre ans environ, onze seulement ont été extraits avec le forceps.

Le forceps allongé d'après les vues de Péan, que l'on emploie

le plus communément aujourd'hui en France, ne doit s'appliquer que sur la tête. Il suffit de considérer la forme et les dimensions de cet instrument pour voir que les branches doivent toujours être appliquées sur les côtés de la tête.

Les avantages ou les inconvéniens du forceps, en le supposant conduit le plus méthodiquement possible, sont en raison de la cause qui nécessite son emploi. Si les dimensions de la tête et celles du bassin sont dans l'ordre naturel, et qu'on ne l'applique que parce qu'un accident qui complique le travail, comme une hémorrhagie, la compression du cordon ombilical, l'épuisement de la femme, nécessite de terminer l'accouchement sur-le-champ, le forceps, dirigé convenablement, ne compromet ni les jours de la mère ni ceux de l'enfant. Au contraire, si on emploie cet instrument parce qu'il existe un défaut de proportion entre la tête de l'enfant et le bassin de la mère qui doit lui livrer passage, la mère et l'enfant peuvent en éprouver des atteintes fâcheuses, quelque méthodiquement qu'ait été faite son application. Plus le défaut de proportion est considérable, plus les dangers inséparables alors de son usage sont grands.

Au-dessous de trois pouces d'étendue dans le diamètre antéro-postérieur des détroits, l'usage du forceps doit être regardé comme mortel pour l'enfant si la tête a le volume ordinaire. Si on peut espérer de l'amener vivant, il court néanmoins de grands dangers de perdre la vie. Si on a recours dans ce cas au forceps, quelque incertaine que soit la vie de l'enfant, c'est pour éviter des opérations encore plus dangereuses pour la mère que ne l'est l'application du forceps pour l'enfant. Au-dessous de trois pouces quelques lignes, le forceps ne conviendroit pas pour extraire la tête, quand même l'enfant seroit mort. Cet instrument ne pouvant pas la réduire suffisamment, contond les parties de la mère pendant les efforts que l'on exerce en tirant sur la tête de l'enfant. Il est plus avantageux pour la mère, dans une circonstance semblable, de pratiquer une ponction au crâne, qui fait bien mieux cesser le défaut de proportion qui existe entre la tête et le bassin qui est trop étroit.

L'application du forceps est plus ou moins facile, suivant le lieu du bassin où se trouve la tête lorsqu'il est nécessaire d'appliquer cet instrument. Lorsqu'elle est descendue dans le fond du bassin, et que l'on a recours au forceps parce qu'il survient un accident qui exige de terminer l'accouchement sans délai, son application est facile. Dans les premiers temps, on ne l'employoit pour extraire la tête qu'autant qu'elle étoit engagée à moitié ou au moins au tiers de sa longueur. Il est, au contraire, très-difficile de conduire les branches sur les parties latérales de la tête, si on fait usage du forceps lorsque la tête est encore libre au-dessus du détroit supérieur, ou bien lorsqu'elle est retenue au-dessus du bassin, pendant que le tronc est au-dehors, comme cela arrive dans les accouchemens où l'enfant vient par les pieds, si elle ne s'engage pas dans une direction avantageuse, ou bien si le bassin est rétréci.

Les dangers que court la femme à la suite de l'application du forceps sont plus ou moins grands, suivant la hauteur à laquelle se trouve la tête. Quand on est forcé de l'appliquer au détroit inférieur on n'a qu'un obstacle à vaincre. Si on va saisir la tête à l'entrée du bassin, l'obstacle se répète autant de fois qu'il y a de points depuis l'entrée de cette cavité. Les parties qui éprouvent une pression lorsque la tête est encore très-élevée, sont bien plus sensibles, et leur inflammation a des suites plus fâcheuses. La paroi antérieure de l'utérus est pressée contre la face interne des os pubis : sa membrane séreuse est celle qui souffre le plus de cette pression, qui peut devenir une cause occasionnelle de péritonite puerpérale. Au détroit inférieur, les parties molles, telles que le vagin, les nymphes, les grandes lèvres, le canal de l'urètre, qui sont les parties soumises à une pression lors du passage de la tête, peuvent être atteintes d'inflammation sans menacer les jours de la femme.

Les praticiens se sont formé des idées très-différentes sur la manière d'agir du forceps et sur les effets qui résultent de son application sur le crâne. Les uns ont cru que le cerveau ne pouvoit jamais en éprouver d'impressions fâcheuses, quel-

que grande que fût la compression exercée par cet instrument; tandis que d'autres ont pensé que son action étoit toujours suivie d'accidens pour la mère et pour l'enfant. On ne doit adopter ni l'une ni l'autre de ces opinions. Je pense qu'il est des circonstances où le forceps est salutaire, et d'autres où il seroit très-dangereux.

Ceux qui ont cru que l'usage du forceps étoit toujours sans inconvéniens, se fondent sur ce que cet instrument, en comprimant la tête dans un sens, la force de s'allonger dans un autre; d'où ils concluent que les fonctions du cerveau ne doivent jamais être lésées, parce que la boîte du crâne conserve toujours les mêmes dimensions. Quand on accorderoit qu'en général, lorsque le forceps comprime la tête entre les protubérances pariétales, il la force de s'allonger de l'occiput au front, il ne pourroit pas produire cet effet lorsqu'elle est enclavée suivant sa longueur entre le pubis et le sacrum. Dans cette position, l'occiput et le front ne peuvent pas s'éloigner l'un de l'autre. La tête ne peut donc pas diminuer selon son épaisseur sans que la cavité du crâne ne soit rétrécie, le cerveau comprimé et désorganisé. L'expérience prouve que lorsqu'on applique le forceps sur les côtés de la tête pour la réduire dans ce sens, on n'observe pas un allongement proportionnel dans une direction opposée. Quoique la tête, en traversant naturellement un bassin dont l'entrée est resserrée, s'allonge dans un sens lorsqu'elle est comprimée dans l'autre, on ne peut pas conclure que la même chose a lieu lorsqu'on applique le forceps. On ne peut pas établir de parité entre les effets produits par la filière du bassin à travers laquelle une tête se moule et ceux produits par le forceps appliqué sur cette même partie. Tout indique qu'une réduction déterminée est bien plus difficile à obtenir, et qu'elle est bien plus dangereuse si elle a été produite par l'art, que si elle est uniquement due aux forces de la nature. Les efforts qu'exerce celle-ci sont bien plus gradués, et elle n'opère une réduction sur la tête, dans quelque direction qu'elle ait lieu, qu'après l'avoir amollie par un travail soutenu pendant plusieurs heures : ce qui la

dispose à l'éprouver sans inconvéniens. Le forceps ne saisit pas la tête d'une manière si convenable ni dans une aussi grande étendue; d'ailleurs, son action n'est ni aussi lente ni aussi long-temps soutenue que dans l'accouchement abandonné à la nature.

Les accidens qui accompagnent quelquefois la réduction opérée sur la tête par les agens naturels de l'accouchement, suffisent pour prouver que la compression exercée sur cette partie par le forceps ne doit pas toujours être innocente. Si quelques-uns des enfans dont la tête éprouve une réduction en traversant le bassin viennent au monde vivans, le plus grand nombre perd la vie avant la naissance, quoique l'aplatissement ne soit pas plus considérable. L'examen anatomique de ces enfans fait apercevoir des fractures dans les os du crâne, des épanchemens dans le cerveau, des esquilles qui ont déchiré le péricrâne ou les membranes. Une différence si grande dans les suites de cette compression, quoiqu'elle puisse n'avoir pas été portée à un degré plus considérable dans un cas que dans l'autre, dépend de l'état des sutures et de la solidité plus ou moins grande des os du crâne: il en est de même pour le forceps. Le danger que court l'enfant lorsqu'on applique cet instrument pour réduire la tête est aussi subordonné à la laxité des sutures et à la solidité des os du crâne.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le degré de réduction que l'on peut opérer sur la tête lorsqu'on applique le forceps sur ses parties latérales. M. Petersen Michell soutient, dans une dissertation qui a pour titre : *de Synchondrotomiâ pubis Commentarius*, que le forceps peut opérer sur la tête une diminution de plus d'un pouce, et qu'en dirigeant convenablement cet instrument, on peut faire franchir la tête, quoique le bassin n'ait que deux pouces et demi, et sauver ainsi, par son emploi, la mère et l'enfant, dans des cas où l'on a regardé l'opération césarienne ou la section du pubis comme absolument indispensables. Il est facile de prouver, d'après l'expérience des plus grands maîtres, que cette pré-

tention est exagérée, et que le forceps ne peut vaincre qu'une disproportion de quatre à cinq lignes. Des expériences faites par M. Baudelocque prouvent que la réduction n'est jamais portée au-delà, quelque grande que puisse être la compression exercée sur la tête au moyen du forceps. Ce praticien, voulant déterminer au juste le degré de réduction que peut éprouver la tête entre les serres de l'instrument, se procura neuf têtes d'enfans parfaitement à terme et d'inégale grosseur, tous morts peu d'heures après la naissance; il appliqua des forceps d'élite selon l'épaisseur de chacune de ces têtes, qu'il avoit eu la précaution de plonger pendant quelque temps dans l'eau chaude pour leur donner la souplesse qu'elles ont dans l'état naturel. Dans toutes les applications, quelque fût l'écartement que laissoient entre elles les branches du forceps, elles furent rapprochées exactement et fixées au moyen d'un ruban. Quoique les forces que l'on employa pour les rapprocher aient souvent été suffisantes pour les déformer, la réduction n'a été que de deux lignes, d'autres fois de trois; elle n'a été portée qu'à quatre lignes et demi dans le cas où elle a été le plus considérable.

Il résulte encore de ces expériences, où on a eu la précaution de mesurer les diamètres de la tête dans son état de réduction entre les serres de l'instrument, qu'elle ne s'allonge pas dans la direction de l'occiput au front, ou du moins que cet allongement n'est pas proportionnel à la compression transversale de la tête : quand il existe un allongement, il n'est jamais porté au-delà d'une demi-ligne.

Les partisans outrés du forceps, pour éluder des expériences aussi concluantes que celles que j'ai rapportées, ont objecté qu'il doit produire sur la tête, lorsque le bassin est vicié, une réduction bien plus grande que celle qu'on opère avec la main seule, quelque grande que soit la force que l'on emploie. Le rebord d'un bassin rétréci fait, suivant eux, l'office d'un anneau qui agit sur les serres de l'instrument pendant qu'on s'efforce de faire passer la tête. Le forceps formant une espèce d'ellipse dont la partie saillante se trouve au-dessus du

détroit supérieur, ce cercle osseux doit rapprocher les serres de l'instrument si on fait effort pour engager une tête dont les diamètres surpassent ceux du bassin, de la même manière qu'un anneau que l'on conduit sur des tenailles en rapproche les mâchoires. Il est vrai que la résistance du détroit pourroit opérer un effet semblable à celui que produit un anneau sur les serres d'une tenaille si l'on employoit beaucoup de force pour faire franchir à la tête la marge du bassin. Mais il est évident qu'une traction suffisante pour produire cet effet seroit funeste à la femme, puisque les parties molles interposées entre les cuillers et les os du bassin éprouveroient une pression égale à celle de la tête sur laquelle agiroit le détroit supérieur. Toutes les fois que la main ne peut pas réduire suffisamment la tête entre les serres du forceps, l'emploi de cet instrument est contre-indiqué, parce qu'il contond et déchire les parties de la femme qui tapissent la marge du bassin à travers laquelle on s'efforce de la faire passer.

Les argumens apportés par les détracteurs du forceps, qui prétendent qu'il doit toujours être proscrit, ne sont pas mieux fondés que ceux que font valoir les accoucheurs qui regardent son application comme étant toujours innocente. Vous convenez, disent-ils, qu'on n'opère sur la tête au moyen du forceps qu'une réduction d'environ quatre lignes; mais cette réduction, qui n'est jamais sans inconvénient, est en pure perte pour l'accouchement, puisque les branches du forceps que l'on introduit pour l'opérer ajoutent presque la même épaisseur. Ce raisonnement prouveroit seulement, en le supposant sans réplique, que le forceps ne peut pas convenir dans le cas de disproportion; mais cette circonstance n'est pas la seule où l'on y ait recours, n'y même la plus fréquente. Le forceps seroit encore utile s'il survenoit un accident, quoique le bassin soit bien conformé, ou si la femme étoit épuisée.

L'épaisseur des cuillers ne se trouve pas placée sur les protubérances pariétales qui s'engagent dans le vide qu'elles laissent dans leur centre. Or, cette partie centrale de la tête étant

la seule qui soit trop épaisse, on ne peut pas dire que l'épaisseur du forceps compense la diminution qu'elle éprouve par le rapprochement des branches.

Ceux qui pensent que l'on peut réduire avec le forceps la tête d'un pouce, se croient fondés à en juger ainsi par la réduction que l'on voit s'opérer quelquefois naturellement sur cette partie. Solayrès et M. Baudelocque citent des exemples où la tête a perdu un pouce d'épaisseur entre les protubérances pariétales, en traversant le détroit supérieur. Quand on pourroit obtenir un aplatissement du crâne aussi considérable dans l'accouchement naturel, on ne peut pas conclure que le forceps doit produire le même degré de réduction sur cette partie, parce que cet instrument ne la saisit pas dans une aussi grande étendue ni d'une manière si convenable. Quelque lenteur que l'accoucheur puisse mettre à extraire une tête avec le forceps, il l'entraîne cependant bien plus promptement qu'elle ne seroit expulsée par la nature.

Si l'on peut admettre que dans quelque cas l'épaisseur d'une tête de volume ordinaire a été réduite à deux pouces et demi entre les protubérances pariétales, le casque osseux seroit la seule partie qui auroit éprouvé cette réduction, parce que la base du crâne est incompressible. Un aplatissement aussi considérable de la voûte osseuse seroit en pure perte pour la sortie de l'enfant, parce qu'il seroit encore retenu par la base du crâne, qui ne peut pas éprouver par les efforts de la nature, et encore moins de la part du forceps, la même réduction, vu qu'elle n'est pas susceptible de se laisser déprimer, quelque énergiques que soient les efforts employés par la nature ou par l'art pour la mouler au passage. Il seroit possible que, dans ces cas, le casque osseux n'eût éprouvé qu'une réduction de six à sept lignes, qui exprime la différence de largeur entre la voûte du crâne qui est compressible, et sa base qui ne l'est pas. Le reste de la disproportion peut être surmonté par la manière avantageuse dont la tête s'engage. Lorsqu'elle franchit diagonalement le détroit supérieur, l'une des protubérances pariétales s'engage avant l'autre; ni l'une ni l'autre ne passe directement

entre le pubis et le sacrum : ce qui diminue le volume de la tête, qui doit descendre entre le pubis et le sacrum d'une quantité proportionnelle à l'épaisseur des protubérances pariétales. En ayant égard à l'avantage qui peut résulter de cette double disposition, on conçoit comment une tête dont le diamètre transversal est plus étendu que le diamètre antéro-postérieur du bassin, peut cependant le traverser sans éprouver une réduction qui fasse cesser la disproportion.

On a encore cru trouver une preuve que la tête pouvoit éprouver, pendant l'action du forceps, un aplatissement porté beaucoup au-delà de quatre à cinq lignes dans le rapprochement qu'éprouvent les branches lorsqu'on comprime la tête avec force pour l'extraire. L'écartement qui existe entre l'extrémité des branches est quelquefois de plus d'un pouce, et on les rapproche souvent de toute cette quantité quand il est nécessaire de serrer avec force pour extraire la tête. Le degré de rapprochement des branches ne peut pas être regardé comme la mesure de la réduction de la tête. La longueur des branches de l'instrument, la déformation qui peut leur survenir lorsqu'on emploie de grandes forces pour les rapprocher, la manière dont la tête est saisie entre les serres, sont autant de circonstances qui peuvent faire varier la compression absolue éprouvée par la tête.

Règles générales que l'on doit observer dans l'application du forceps.

On ne sauroit étudier avec trop de soin les cas et le moment où il est nécessaire de recourir à cet instrument; car, s'il est dangereux de l'employer avant le temps et sans nécessité, il est des circonstances où son usage devient indispensable, et il n'est avantageux qu'autant qu'on l'emploie dans le moment favorable. Tout retard fait courir des dangers aux deux individus une fois qu'il est indiqué d'y recourir.

Dans les cas où l'on applique le forceps dans la vue d'opérer une réduction sur la tête pour triompher des obstacles qui s'opposent à sa sortie, il est à propos d'ondoyer l'enfant en conduisant de l'eau sur sa tête au moyen d'une seringue, avant

d'entreprendre de l'extraire, parce qu'on a alors lieu de craindre pour sa vie, comme on le fait sur la première partie qui se présente au-dehors dans les accouchemens contre nature que l'on termine avec la main.

Avant d'appliquer le forceps, on doit commencer par donner à la femme une situation convenable : elle est la même que celle que j'ai conseillée pour aller chercher les pieds. La femme doit être couchée horizontalement sur le bord de son lit, que l'on aura élevé plus ou moins, suivant la hauteur de l'opérateur. Cette position convient dans tous les cas où l'on est obligé de se servir du forceps. L'application de cet instrument doit se faire dans l'intervalle des douleurs.

Lorsque la tête occupe le fond du bassin, et qu'elle a déjà éprouvé le mouvement de rotation qui ramène l'occiput ou la face derrière la symphyse du pubis, si un accident nécessite d'appliquer le forceps, cette application offre si peu de difficulté dans cette circonstance, que l'on pourroit la tenter sans changer la femme de lit, pourvu qu'on ait l'attention de soulever un peu les fesses, et de fléchir les cuisses et les jambes. On devroit surtout se décider à ne pas déplacer la femme, si l'appareil d'un lit extraordinaire pouvoit l'effrayer, lorsqu'elle est naturellement très-susceptible. Si une hémorrhagie foudroyante étoit la circonstance qui indiquât l'usage du forceps, il seroit plus avantageux de ne pas changer la femme de lit, parce qu'elle pourroit perdre beaucoup de sang pendant le temps qu'on mettroit à le préparer.

Avant d'introduire le forceps, on doit avoir l'attention de le chauffer et d'enduire les branches de beurre, ou de les tremper dans de l'huile ou dans un mucilage, pour qu'elles glissent plus facilement et n'occasionnent pas chez la femme une sensation douloureuse. Pour introduire chaque branche convenablement, il faut considérer le lieu du bassin qu'occupe la tête, sa situation relativement à l'un ou à l'autre détroit : il faut aussi se rappeler la marche qu'elle suivroit si elle étoit expulsée par les efforts naturels. En effet, son application n'est pas arbitraire, et elle n'est avantageuse qu'autant que l'on suit des règles

fixes et invariables, fondées sur la forme et les dimensions de la tête comparées avec la forme et la manière d'agir de l'instrument, et qu'autant que l'on fait ensuite parcourir à la tête la même route que lui auroit fait suivre la nature si elle l'eût expulsée toute seule.

Le moment favorable pour introduire le forceps est celui où l'on reconnoît que l'orifice est suffisamment dilaté ou assez souple pour laisser passer la tête : on ne doit jamais l'appliquer tant qu'on ne rencontre pas ces dispositions favorables. La forme du forceps indique suffisamment que les branches doivent toujours être appliquées sur les côtés de la tête, dont la forme s'accommode parfaitement à celle de l'instrument. Le point du bassin où on doit les conduire doit donc varier suivant sa position : on doit les insinuer tantôt vers les côtés du bassin, tantôt vers le pubis ou le sacrum ; d'autres fois l'une des branches est portée vers une des échancrures ischiatiques, et l'autre vers le trou sus-pubien du côté opposé.

Si l'on est appelé fort tard, et que depuis long-temps la tête soit pressée dans le bassin, le cuir chevelu peut être gonflé au point qu'il soit impossible de distinguer les sutures et les fontanelles qui servent à déterminer la position de la tête. Si dans ce cas on ne peut pas conduire les doigts jusqu'aux oreilles ou jusqu'à la face de l'enfant, le forceps ne peut plus être appliqué qu'en tâtonnant. Dans cette incertitude de la position, on doit placer les branches diagonalement ou transversalement, parce que c'est presque toujours dans ce sens que la tête s'engage, surtout lorsqu'elle éprouve beaucoup de difficulté pour traverser le détroit abdominal.

La tuméfaction du cuir chevelu, quelque grande qu'elle soit, ne peut devenir, dans aucun cas, un obstacle qui puisse empêcher d'appliquer les branches du forceps, comme le prétend Deleurie : cependant, quand l'accouchement ne peut pas s'effectuer sans ce moyen, il est plus sûr d'opérer avant qu'elle se soit manifestée : en opérant de bonne heure, on évite des dangers à l'enfant. La mort du fœtus n'est pas non plus une contre-indication de l'emploi du forceps, comme le veut Deleurie ;

et quoiqu'il n'existe plus, la tête offre encore assez de résistance pour donner prise à l'instrument : elle ne perd sa solidité et son élasticité que lorsque la putréfaction s'en est emparée. Si, dans le cas de mort de l'enfant, l'on accorde quelquefois la préférence aux crochets, c'est que la ponction faisant mieux cesser les points de contact, il est alors plus avantageux pour la mère de les employer pour extraire le fœtus après avoir vidé le crâne.

Quel que soit le point du bassin où l'on introduise les branches pour les placer sur les côtés de la tête qui y sont situés, on doit les diriger de l'extrémité de quelques doigts pour les faire parvenir plus sûrement et avec plus de facilité sous l'orifice de la matrice. Si quelques doigts ne suffisoient pas pour guider les branches, on pourroit introduire la main toute entière. Lorsqu'on conduit les branches fort haut, on rencontre souvent des obstacles qui s'opposent à leur progression; il ne faut pas pousser avec violence pour les surmonter; ils dépendent le plus souvent de replis formés par les tégumens du crâne ou par les parties de la femme. Pour surmonter la résistance, il faut changer la direction de l'instrument : quelquefois l'obstacle qui arrête la branche dépend de ce que l'extrémité des cuillers appuie sur la tête ou contre les parois du bassin : on baisse, dans le premier cas, l'extrémité de la branche qui est au-dehors, et on l'élève dans le second.

Quand la tête a franchi en partie le col de la matrice, l'introduction des branches exige une attention particulière pour conduire l'extrémité de la pince sous le bord de l'orifice de la matrice. Les doigts ne pouvant l'y diriger, on doit toujours tenir l'extrémité de la cuiller immédiatement appliquée sur la tête, pour qu'elle passe sous le cercle utérin. Sans cette précaution, on pourroit pincer le bord de la matrice et déchirer l'union du vagin avec ce viscère, soit en plongeant l'instrument, soit en tirant avec force sur la tête; mais si la tête a franchi en totalité le col de l'utérus, et qu'il se soit retiré au-devant des épaules, il ne faut plus chercher à les insinuer au-dessous de l'orifice; il faut au contraire éviter de les porter à cette hauteur : ce qui

indique à l'opérateur, lorsqu'il extrait la tête dans ces cas, de faire les premières tractions avec douceur, et de les suspendre lorsque la femme vient à se plaindre, pour s'assurer si le col de l'utérus ou quelques replis du vagin ne sont pas pincés entre la tête et l'instrument.

On doit dans toutes les circonstances appliquer les branches sur les côtés de la tête, de manière à la saisir suivant sa plus grande longueur. La nouvelle courbure qui se trouve sur leurs bords doit répondre à la symphyse du pubis si la tête a déjà exécuté la rotation, ou bien regarder la partie de la tête qui reviendra sous l'arcade du pubis à la fin du second temps. On commence toujours, pour la facilité de l'articulation, par introduire la branche mâle, à moins que l'autre ne doive être placée directement sous la symphyse du pubis. On doit serrer plus ou moins le forceps pour extraire la tête, selon le rapport qui existe entre ses dimensions et celles du bassin. Si ce dernier est bien conformé, on ne doit rapprocher les branches que de manière à forcer la tête à descendre pendant les tractions, sans lui faire éprouver aucune réduction. On doit au contraire la serrer fortement quand le bassin est resserré, parce qu'elle ne peut avancer qu'autant qu'on la comprime avec assez de force pour diminuer ses dimensions. Il est nécessaire dans ce cas de rapprocher exactement les branches l'une contre l'autre au moyen d'un lacs, ou avec une serviette roulée. Il est toujours utile d'envelopper le forceps, parce qu'on le tient plus aisément que lorsqu'il est à nu.

Quand on a appliqué le forceps, on doit extraire la tête sans attendre les contractions de la matrice; car on peut opérer la dilatation des parties de la femme tout aussi graduellement avec le forceps que si elle étoit obtenue par les efforts naturels. Si le rétrécissement a déterminé à extraire avec le forceps une tête encore retenue au-dessus du détroit supérieur, ou si on a eu recours à cet instrument, parce qu'elle étoit enclavée dans ce même détroit, on doit continuer à l'entraîner, quoiqu'on ait triomphé de l'obstacle qui avoit nécessité cette manœuvre, dès qu'elle est parvenue dans l'excavation. Si la femme étoit épuisée,

ou s'il existoit une perte, il seroit nécessaire, comme l'enseigne M. Baudelocque, de continuer les manœuvres avec le forceps. S'il existoit seulement épuisement de la femme ou une perte, quand la tête est encore au-dessus du détroit abdominal, ce n'est pas le forceps que l'on devroit employer pour terminer l'accouchement, d'après les principes établis par M. Baudelocque; on doit aller chercher les pieds, à moins qu'il n'y eût en même temps rétrécissement du détroit supérieur. Les pertes sont rares dans le cas d'enclavement, qui suppose, pour pouvoir s'opérer, de fortes contractions. S'il existoit une perte dans un cas où l'on a saisi avec le forceps une tête encore retenue au-dessus du détroit qui étoit en même temps resserré, M. Baudelocque enseigne qu'il seroit plus avantageux d'ôter l'instrument, si l'hémorrhagie venoit à s'arrêter, lorsque la tête est parvenue dans l'excavation, et d'abandonner son expulsion aux soins de la nature si les contractions sont assez fortes pour l'expulser : on craint moins, en se comportant ainsi, que la perte se renouvelle. Je conviens qu'il seroit plus avantageux, dans un cas semblable, d'attendre que la tête soit expulsée, que de l'entraîner ; cependant je préférerois laisser l'instrument, et attendre pour extraire l'enfant que la force et la continuité des contractions de la matrice donnassent l'assurance qu'elle reviendra sur elle-même après l'accouchement. Si la perte vient à se renouveler, on est à même d'agir sur-le-champ sans être obligé de fatiguer la femme par une nouvelle application du forceps.

Quand on extrait la tête avec le forceps, il ne faut pas tirer en ligne droite, mais porter l'extrémité qui est au-dehors alternativement vers l'une ou l'autre cuisse de la femme. Il faut éviter de donner à ces mouvemens trop d'étendue, sans quoi on contondroit les parties molles qui tapissent la face interne des os ischium et pubis. Dès que la tête paroît à la vulve, la main qui étoit placée vers les parties génitales doit, comme dans l'accouchement naturel, soutenir le périnée pour en prévenir la rupture. On dégage les branches dès que les protubérances pariétales paroissent hors de la vulve.

§ Ier. *Manière d'appliquer le forceps quand le sommet de la tête occupe le fond du bassin.*

L'application du forceps présente moins de difficulté quand la tête se trouve près des parties extérieures. Il est donc naturel de commencer l'exposition des règles que l'on doit suivre pour extraire la tête avec le forceps, par les cas où elle occupe déjà le fond du bassin. La manière de l'employer varie suivant la situation de la tête.

Manière d'appliquer le forceps lorsque l'occiput est situé derrière le pubis et le front vers le sacrum.

Je commence par cette position, quoiqu'elle n'ait été que la troisième dans l'exposition du mécanisme de l'accouchement naturel, parce que c'est celle dans laquelle il est le plus facile d'appliquer le forceps, et qui offre moins d'indications à remplir pour extraire la tête : elle n'a plus que le dernier temps à exécuter pour parvenir au-dehors. Diverses causes peuvent obliger d'employer le forceps dans une position aussi favorable pour la sortie de la tête, telles qu'un rétrécissement dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur; et, dans le cas de bonne conformation, une hémorrhagie, l'épuisement de la femme.

La femme placée convenablement, on conduit la branche mâle du forceps vers le côté gauche du bassin, et la branche femelle vers le côté droit. Pour introduire la branche mâle, on la saisit par son milieu avec la main gauche. On peut la tenir seulement de l'extrémité des doigts et comme une plume à écrire, ou bien l'embrasser avec la paume de la main : on doit préférer cette dernière méthode lorsqu'on éprouve quelque difficulté pour conduire la branche.

On présente la nouvelle courbure de la branche vers le pubis, de manière que son extrémité, en forme de crochet, soit inclinée au-dessus de l'aîne droite de la femme, pendant que le bout de la cuiller répond à l'orifice de la matrice.

On la dirige avec deux doigts de la main droite que l'on porte à gauche sous le bord de l'orifice de la matrice si la tête ne l'a pas encore franchi, ou bien le plus haut que l'on peut sur la tête si elle n'est plus enveloppée par le col de l'utérus.

A mesure que la branche pénètre à la faveur des doigts qui lui préparent le chemin, on l'abaisse insensiblement en la portant vers la cuisse gauche ; on l'enfonce environ de quatre cinq à pouces pour que son extrémité se trouve placée sur les joues ou près de l'angle de la mâchoire inférieure. Quand la tête est encore enveloppée du col, il vaut mieux introduire l'instrument plus profondément, parce que ce qui est entré de trop sort toujours aisément au premier mouvement que l'on exerce pour extraire la tête. Le pivot doit être éloigné de quelques pouces de la vulve. On tire sur l'extrémité de la branche que l'on tient parallèlement à la cuisse, pour voir si elle résiste à l'effort que l'on exerce : elle est bien placée lorsqu'elle vacille peu. Un aide est chargé de tenir cette première branche plus ou moins élevée, suivant le degré d'inclinaison du bassin, pendant que l'opérateur insinue la seconde ; on la dirige avec deux doigts de la main gauche conduits au-dessous de l'orifice et à droite ; on la tient avec quelques doigts de la main droite, de manière que l'extrémité en forme de crochet soit inclinée au-dessus de l'aîne gauche, pendant que la cuiller est conduite sur le côté droit du bassin entre les doigts et la tête. A mesure que la branche pénètre, on la porte vers la cuisse droite ; on s'assure ensuite, comme on l'a fait pour l'autre, si elle est placée convenablement. On réunit les branches, et on les fixe avec un lacs ou une serviette roulée.

L'opérateur place la main gauche près des parties extérieures, et la droite à l'extrémité de la branche, de manière que l'instrument repose dans l'intervalle qui existe entre le pouce et le doigt indicateur, les quatre derniers doigts placés à gauche et le pouce vers le côté droit. On tire l'instrument jusqu'à ce que le périnée commence à se porter en avant, en dirigeant alternativement les branches vers l'une et l'autre cuisse de la femme, sans donner trop d'étendue à ces mouvemens latéraux, pendant

lesquels on pourroit froisser les parties molles qui recouvrent les os ischium et le pubis. On relève les branches vers le pubis à mesure que la tête descend. Dès que le périnée est distendu, la main qui étoit placée vers la jonction des branches soutient les parties pour en prévenir la rupture; de l'autre main on tire lentement sur le forceps, en le relevant insensiblement vers l'abdomen de la femme, afin de faire décrire à la tête la marche qu'elle suit lorsqu'elle est expulsée par les seules forces de la nature.

Conduite que doit tenir l'accoucheur relativement à l'emploi du forceps lorsque la tête est renversée dans cette position.

Après l'accouchement naturel par la tête, j'ai indiqué sur-le-champ comment on doit se comporter pour la ramener à sa situation dans le cas de renversement, s'il étoit encore possible d'y réussir. Si un accident qui complique le travail, ou l'impossibilité de redresser la tête renversée exigent d'introduire la main pour retourner l'enfant, j'ai fait voir que le procédé étoit le même, soit que l'occiput plongeât le premier, soit que la tête fût renversée. Il m'a paru également plus naturel et plus avantageux de rapprocher les manœuvres avec le forceps qu'exige la tête lorsqu'elle est dans un état de renversement, s'il est nécessaire de l'employer, de celles où l'on y a recours lorsqu'elle est dans son attitude naturelle.

Lorsque la tête est renversée sur le dos, les accoucheurs pensent qu'il est quelques circonstances où l'on doit employer le forceps avant de chercher à redresser la tête; il est évident que cette indication doit se présenter rarement: pour le prouver, il suffit de rappeler certaines données que j'ai établies ailleurs. On rencontre rarement l'occiput qui descend derrière le pubis; comment concevoir en outre que la tête ne roulera pas sur l'un ou l'autre côté du bassin pendant les efforts nécessaires pour la renverser dans cette situation? Si dans des cas rares on trouve la tête renversée sur le dos, quoique située derrière le pubis, la première indication est de ramener l'occiput au centre du bassin, soit avec la main seule, soit avec le lévier.

Si on ne peut pas réussir à la redresser parce qu'elle est trop étroitement fixée, on doit aller chercher les pieds. Ce n'est qu'autant qu'il seroit impossible de retourner l'enfant, ou qu'il y auroit trop de danger de le faire, qu'il est indiqué de se servir du forceps, qui, en déplaçant la tête, facilitera son redressement.

On applique le forceps sur les côtés de la tête pour la repousser et lui donner une situation transversale. Pendant qu'on s'efforce de l'entraîner d'une main dans l'excavation, on doit tâcher de la faire rouler entre les cuillers. Pour cela, on place quelques doigts sur les côtés de la mâchoire supérieure, pour empêcher la face d'avancer autant que l'occiput. Si l'on n'a pas pu redresser suffisamment la tête pendant qu'on l'entraînoit, il faut achever de fléchir le menton sur la poitrine avant de lui faire exécuter la rotation. La tête redressée, on ramène l'occiput sous l'arcade du pubis pour achever l'accouchement, comme si cette région se fût présentée dès l'origine vers ce point. Si les doigts ne suffisoient pas pour opérer cette conversion, lors même que la tête occupe le fond du bassin, il faut ôter une des branches et se servir de l'autre comme d'un lévier pour abaisser l'occiput. Si le front a été tourné vers le côté gauche, on dirige la branche mâle sur l'occiput pour l'entraîner; si on l'a placé à droite, on doit au contraire porter la branche femelle sur le sommet de la tête pour l'abaisser. Si on avoit été obligé d'ôter les branches pour se servir de l'une d'elles comme d'un lévier, on ne devroit les appliquer de nouveau sur les côtés de la tête qui répondent alors au pubis et au sacrum, qu'autant qu'on ne pourroit pas abandonner sans danger l'accouchement à la nature, qui ne tardera pas à le terminer s'il n'y a point d'obstacle.

M. Baudelocque pense qu'il existe des cas où la matrice est contractée avec tant de force sur le corps de l'enfant, qu'il y auroit plus de danger pour la femme de repousser la tête que de l'entraîner dans l'excavation sans changer la situation dans laquelle elle s'est engagée. Il préfère l'entraîner dans la position où elle se trouve, parce que les dangers que court l'enfant,

quoique plus grands, ne sont pas à comparer à ceux auxquels on exposeroit la mère en essayant de redresser la tête. Je soutiens, au contraire, qu'il y auroit beaucoup plus de danger pour la mère, en même temps que l'on tueroit l'enfant, d'entraîner la tête dans cet état de renversement par un moyen qui ne fait pas cesser les points de contact. De l'aveu de M. Baudelocque, le forceps est contre-indiqué toutes les fois qu'il ne peut pas réduire suffisamment la tête entre les serres pour faire cesser les points de contact. Or, dans ce cas, le forceps ne tendroit pas à réduire la tête dans le sens où elle est trop étendue. La tête forme un coin qui avance par sa portion la plus étroite : en la remontant au-dessus du détroit pour rétablir un rapport plus favorable, la partie que l'on s'efforce de refouler est moins épaisse que celle que l'on voudroit entraîner dans l'excavation, en la faisant passer à travers le détroit, qui est en outre le lieu le plus resserré du bassin. Or, il est évident qu'il doit être plus difficile et plus dangereux de faire franchir l'endroit le plus étroit du bassin à une partie qui devient de plus en plus volumineuse, que de remonter la partie déjà engagée, qui est la moins épaisse, au-dessus du détroit abdominal, où le bassin offre plus de largeur.

Manière d'appliquer le forceps lorsque la tête, qui est parvenue dans le fond du bassin, est située de manière que l'occiput est au-devant du sacrum et le front derrière le pubis.

Je traite de cette sixième position immédiatement après la précédente, parce que la manière d'appliquer les branches est parfaitement la même. Les mêmes circonstances doivent déterminer à employer le forceps pour extraire la tête, mais d'une manière encore plus impérieuse, parce que cette position est par elle-même moins favorable à l'issue de la tête, et que quelquefois la femme ne peut se délivrer seule qu'après un travail plus long, lors même qu'on peut le confier à ses efforts.

La branche mâle se place à gauche, la femelle sur le côté droit : on conduit l'une et l'autre à la profondeur de quatre à

cinq pouces, en suivant les mêmes règles que lorsque l'occiput est vis-à-vis l'arcade du pubis, avec la seule différence que l'on doit élever un peu plus l'extrémité en forme de crochet, pour que le bout des cuillers porte plus exactement sur l'occiput, et que leur action se passe principalement sur cette partie. On saisit ensuite l'instrument de la même manière que dans la position précédente, et on entraîne la tête encore plus lentement, parce que la présence de la face en-dessus exige que les parties extérieures se dilatent davantage. On commence par dégager l'occiput en dirigeant l'action du forceps sur l'extrémité postérieure de la tête, pour retenir la face derrière le pubis, comme le fait la nature. Dès que la nuque paroît à la vulve, on doit renverser la tête en arrière, comme on le voit quand cet accouchement s'opère par les seules forces de la mère. Pour renverser la tête sur le périnée, on doit placer la main au-dessus de l'instrument, de manière que les quatre derniers doigts soient à gauche et le pouce à droite.

La situation des branches présente cette seule différence, que la nouvelle courbure regarde la face. Cette méthode de les appliquer est bien plus avantageuse que celle qui consiste à les placer de manière que la nouvelle courbure regarde l'occiput, qui est dans la concavité du sacrum. Le forceps, ainsi appliqué, distend beaucoup plus les parties, et ne peut pas s'adapter aussi exactement à l'arcade du pubis. Il conviendroit encore moins de diriger la nouvelle courbure vers l'occiput dans les positions où le front répond à l'une ou à l'autre cavité cotyloïde, parce qu'il seroit difficile d'exécuter la rotation.

Détermination des cas où l'on doit employer le forceps lorsque la tête est renversée dans cette position.

Il est très-rare que la face ou le front se présentent dans cette position. Si on les rencontre, la première indication est de redresser la tête; si on ne peut pas en venir à bout, parce que la tête est tellement pressée qu'il est impossible de pénétrer entre elle et le sacrum, on doit aller chercher les pieds. Ce n'est que dans le cas où la version par les pieds seroit impraticable, ou

qu'elle feroit courir trop de danger à la mère ou à l'enfant, que l'on doit recourir au forceps pour repousser la tête et l'entraîner dans le fond du bassin, après lui avoir donné une situation transversale.

On place les branches comme si la tête ne s'étoit pas renversée; on essaie de la redresser entre les serres de l'instrument pendant qu'on l'entraîne dans l'excavation, ou bien lorsqu'elle est parvenue dans le fond du bassin. Pour ramener la tête à sa situation naturelle, il est quelquefois nécessaire d'ôter une des branches et de se servir de l'autre comme d'un lévier. Le redressement opéré, on abandonne l'accouchement à la nature, à moins qu'une circonstance accidentelle n'exige d'extraire l'enfant, en plaçant de nouveau l'une des branches vers le pubis et l'autre vers le sacrum, suivant le côté du bassin où l'on a dirigé le front.

Manière d'appliquer le forceps lorsque l'occiput ou le front répondent à la cavité cotyloïde gauche.

Je réunis ces deux positions, parce que l'application des branches est absolument la même; elle ne présente de différence qu'en ce que la nouvelle courbure regarde dans un cas l'occiput, et dans l'autre le front. La branche mâle doit être conduite vers l'échancrure ischiatique gauche, et la branche femelle vers le trou sus-pubien du côté droit. Pour insinuer la branche mâle vers la symphyse sacro-iliaque gauche, on l'incline vers l'aîne droite de la femme, mais un peu moins que dans les positions où la tête présente sa longueur d'avant en arrière. On dirige le bout de la cuiller avec quelques doigts de la main droite, introduits sous l'orifice vers le ligament sacro-ischiatique gauche; on baisse la branche, et on l'incline vers la cuisse gauche dans la même proportion qu'elle pénètre. Pour que la branche embrasse exactement la convexité de la tête, le pivot doit être légèrement tourné vers la cuisse gauche et tant soit peu en-dessus. La branche femelle est conduite avec les mêmes précautions derrière la cavité cotyloïde droite.

Les branches articulées, on place la main gauche contre la

vulve, et la droite à l'extrémité de l'instrument, auquel on fait décrire un arc de cercle qui ramène l'occiput ou le front de la cavité cotyloïde gauche sous l'arcade du pubis. Le pivot, qui regardoit l'aîne du côté gauche, se trouve en-dessus. Le mouvement de rotation exécuté, on entraîne la tête en la relevant vers le pubis lorsque l'occiput est en-dessus, ou en la renversant vers l'anus si la face répond à la symphyse; on lui fait suivre la même marche que lui imprimeroit la nature, dont nous ne devons être que les imitateurs. Dans les deux cas, la main qui étoit placée contre les parties génitales doit quitter pour soutenir le périnée, lorsque la tête commence à se dégager.

Le mouvement de rotation est aisé à exécuter, à moins que le sacrum ne soit aplati, ou que la tête ne soit renversée sur le dos, de manière à présenter le front ou la face. Si l'on éprouvoit beaucoup de difficultés pour ramener l'occiput ou le front sous le pubis, parce que le sacrum manque de courbure dans sa partie moyenne, on doit les entraîner dans leur situation diagonale : il seroit dangereux d'employer beaucoup de force pour rouler la tête. Dans ces cas rares, l'enfant court moins de danger en sortant dans une situation diagonale à l'égard du détroit inférieur : c'est aussi dans cette direction que la nature fait sortir la tête lorsque le sacrum est trop aplati. M. Baudelocque cite plusieurs exemples de cette espèce. J'ai aussi rencontré un certain nombre de cas où la tête est sortie diagonalement par les seules forces de la nature.

Toutes les fois que la tête est renversée sur le dos, on doit la redresser avant d'exécuter la rotation, si les circonstances sont telles que l'on doive délivrer la femme avec le forceps, plutôt que de retourner l'enfant. L'impossibilité de ramener la tête à sa situation naturelle est la seule circonstance qui puisse autoriser à l'extraire dans son état de renversement.

Si l'occiput est situé transversalement et à gauche, on doit commencer par introduire la branche femelle sous le pubis, parce qu'elle est la plus difficile à insinuer, et l'on porte ensuite la mâle au-devant du sacrum. On doit ramener l'occiput sous

le pubis, en exécutant la rotation : quoique la face et l'occiput soient à égale distance, ce dernier se dégage bien plus facilement de dessous l'arcade. Si la tête est renversée et présente la face, on doit, auparavant d'appliquer les branches, la ramener à sa situation naturelle.

J'ai cru devoir établir deux espèces de plus, lorsque le forceps est nécessaire, que pour l'accouchement naturel, parce que lorsque la tête est arrêtée ou enclavée transversalement, la manière de placer les branches doit être différente de celle indiquée dans les positions diagonales.

Manière d'appliquer le forceps lorsque l'occiput ou le front répondent à la cavité cotyloïde droite.

Je réunis la seconde et la cinquième position, parce que le forceps doit être appliqué d'après les mêmes principes lorsque quelque circonstance exige que l'on y ait recours. Le rapport des dimensions de la tête avec celles du bassin est absolument le même. Les mêmes causes peuvent exiger dans cette position, comme dans la précédente, que l'on n'abandonne pas l'accouchement aux forces de la nature.

On introduit la branche mâle derrière la cavité cotyloïde gauche, et la branche femelle au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Pendant que l'on conduit l'une et l'autre branche entre la tête et le col de la matrice, on les dirige de l'extrémité de quelques doigts de l'autre main. A mesure que chaque branche pénètre, on abaisse son extrémité externe, que l'on avoit tenue d'abord très-élevée et inclinée vers l'une des aînes. Après s'être assuré que les branches sont placées convenablement en les tirant parallèlement à chaque cuisse, on les reunit et on les assujettit en les serrant plus ou moins avec un lacs, suivant le besoin.

On saisit ensuite l'instrument de manière que la main gauche soit placée à l'extrémité, et la main droite vers les parties génitales, pour lui faire décrire un arc qui se dirige de la cuisse droite vers la symphyse du pubis, par lequel on ramène l'oc-

ciput ou le front derrière l'arcade : le reste de la manœuvre comme dans les positions précédentes. Si le sacrum manquoit de courbure, on devroit entraîner la tête dans sa situation diagonale, plutôt que d'user de violence pour la rouler.

Si la face ou le front se présentoient, et que le forceps fût indiqué, on devroit redresser la tête avant de l'appliquer. Ce n'est que dans le cas où il seroit impossible de ramener la tête à sa situation naturelle, et qu'il seroit trop dangereux pour la mère et pour l'enfant d'aller chercher les pieds, qu'il seroit permis d'appliquer le forceps pour extraire la tête pendant qu'elle est renversée.

Si l'occiput répond transversalement au côté droit du bassin, on porte d'abord la branche mâle sous le pubis, parce qu'elle est la plus difficile à introduire, et l'on dirige ensuite la femelle au-devant du sacrum. Si la tête est renversée, il faut la redresser avant d'appliquer le forceps.

§ II. *De la différence qui existe entre une tête arrêtée au passage et entre une tête enclavée, et des indications que présente chacun de ces états.*

La plupart des auteurs ont employé d'une manière vague les termes de *tête arrêtée au passage*, *d'enclavement de la tête*, et ils ont souvent confondu ces deux états, qu'il est très-important de distinguer. Quand de Bruyn, accoucheur d'Amsterdam, dit avoir désenclavé huit cents têtes avec le lévier pendant l'espace de quarante ans, il est évident qu'il n'avoit pas sur l'enclavement les idées que nous avons aujourd'hui. Comme la conduite que doit tenir l'accoucheur doit être fort différente dans ces deux circonstances, je vais indiquer ce que l'on doit entendre par tête arrêtée au passage et par tête enclavée.

Lorsque la tête est parvenue dans le fond de l'excavation, et qu'elle ne peut pas traverser le détroit inférieur malgré les efforts de la nature, on dit alors qu'elle est arrêtée au passage, soit que l'obstacle vienne du détroit lui-même, de la mauvaise situation de la tête, ou de la résistance des parties extérieures :

la tête s'arrête au détroit inférieur; elle ne peut s'enclaver qu'au détroit supérieur. Lorsque la tête est enclavée, elle ne peut plus descendre par les seuls efforts de la nature, parce qu'au détroit supérieur elle est fortement pressée entre le pubis et le sacrum; lorsqu'elle est seulement arrêtée au passage, quoiqu'elle ne puisse plus avancer, elle peut encore rouler sur son axe et exécuter divers mouvemens dans l'excavation; lorsqu'elle est enclavée, elle ne peut exécuter aucun de ces mouvemens : son immobilité sur son axe est le signe pathognomonique de l'enclavement. On peut encore distinguer une tête qui est seulement arrêtée au passage de celle qui est enclavée, quoique les efforts de la nature soient également insuffisans pour l'expulser du bassin, dans l'un comme dans l'autre cas, en ce que lorsqu'elle n'est qu'arrêtée au passage, elle descend à chaque douleur pour remonter ensuite, et qu'on peut introduire entre elle et les parois du bassin un instrument ou les doigts : ce qui n'a pas lieu dans le véritable enclavement.

Quoiqu'une tête soit arrêtée au passage, on peut encore le plus souvent la repousser au-dessus du détroit abdominal pour aller prendre les pieds; mais ce signe ne peut pas servir à distinguer cette manière d'être de la tête de l'enclavement proprement dit, qui, comme je le dirai, ne s'oppose pas toujours à ce qu'on puisse la refouler avec la main seule au-dessus du point où elle est engagée. Il ne suffit pas pour croire qu'une tête est enclavée qu'on ne puisse pas la repousser au-dessus de la marge du bassin : il est des cas où la tête est seulement arrêtée au passage, quoiqu'il soit impossible de la faire avancer ou reculer d'une manière sensible. Cette circonstance peut se présenter lorsque le sacrum a une courbure considérable. Les détroits ont toujours des dimensions moindres que dans l'état naturel lorsque le sacrum pèche par excès de courbure. Si on suppose le diamètre qui s'étend du pubis au sacrum réduit à trois pouces environ dans chacun de ces détroits (on trouve dans les collections plusieurs bassins ainsi conformés), la tête ne peut franchir le détroit supérieur qu'en éprouvant une réduction de six lignes environ entre les protubérances pariétales.

La tête, après avoir traversé le détroit abdominal avec beaucoup de difficulté, reprend sa première épaisseur pendant son séjour dans l'excavation, où elle ne se trouve plus comprimée sur les côtés, parce qu'elle est respectivement plus grande. La tête étant alors plus libre, éprouve ce que nous voyons arriver sous nos yeux dans les têtes d'enfans qui, pendant le travail de l'accouchement, se sont moulées à travers la filière rétrécie d'un bassin difforme. Si les douleurs continuent, la pression qu'éprouve la tête de la base au vertex pour franchir le détroit inférieur, facilite sa restitution selon son épaisseur transversale, puisque cette pression tend à déjeter en dehors les protubérances pariétales.

Si, dans une circonstance semblable, les efforts de la femme ne suffisent pas pour chasser la tête hors du bassin, ce qui est assez ordinaire, parce qu'elle s'est épuisée pour lui faire franchir le détroit supérieur, il est impossible de la repousser par l'art au-dessus de ce détroit. Pour la remonter, il faudroit, par des efforts exercés par la main seule, la comprimer d'une protubérance pariétale à l'autre, de la même quantité dont les contractions de la matrice l'ont réduite dans le même sens en descendant : or, la main seule ne sauroit opérer une réduction semblable.

Un nouvel obstacle ajouteroit aux difficultés qui s'opposent au refoulement de la tête si elle venoit à éprouver dans l'excavation, où elle est plus libre, le mouvement de rotation qui ramène l'occiput ou le front derrière le pubis, et la partie opposée vers le sacrum. Si on repoussoit la tête dans ce sens, on tendroit à faire passer son grand diamètre par le plus petit du détroit supérieur, qui seroit déjà trop étroit, lors même qu'il n'auroit pas éprouvé de diminution. Je ne donne cette idée que comme une présomption; car M. Baudelocque soutient que, dans le cas de courbure considérable du sacrum, la tête ne peut pas exécuter la rotation, parce que le bassin n'a pas assez de profondeur pour la contenir toute entière. En comparant la hauteur de la tête avec celle du bassin, on conçoit qu'elle peut encore exécuter ce mouvement dans quelques cas. La tête n'a que trois pouces et demi de la base

au vertex ; le bassin a depuis quatre pouces jusqu'à quatre pouces et demi de profondeur : la tête peut donc plonger entièrement dans l'excavation, lors même que la courbure trop grande du sacrum diminueroit d'un demi-pouce la profondeur du bassin. Le sacrum et le coccyx, en se portant en devant, ne dépassent pas le niveau de la tubérosité de l'ischium : or, les parties latérales du bassin ont trois pouces et demi environ de hauteur ; ce qui correspond au diamètre perpendiculaire de la tête.

1°. *Des Indications que présente une tête arrêtée au passage.*

La tête peut s'arrêter au passage par des causes de différente nature, dont chacune présente une indication particulière. Elle peut s'arrêter, parce qu'elle conserve au détroit inférieur la position diagonale ou transversale qu'elle avoit en s'engageant au détroit abdominal. On fait cesser l'obstacle qui s'opposoit à la sortie de la tête en lui faisant exécuter la rotation, qui ramène l'occiput ou le front sous la symphyse du pubis. Si on ne peut pas changer sa direction avec les doigts ni même avec toute la main qui s'efforcent de la mouvoir pendant une douleur, on doit recourir au forceps. On réussiroit peut-être plus facilement à faire rouler la tête en dirigeant l'effort de manière à porter dans la courbure du sacrum la partie qui en est la plus rapprochée, et qui devroit y revenir par les seuls efforts de la nature.

L'obstacle peut venir de ce que l'occiput se renverse sur le dos pendant que le menton s'écarte du haut de la poitrine, et que la tête offre ainsi son plus grand diamètre au centre du détroit inférieur. Lorsque la tête s'est ainsi engagée, on peut encore mettre la nature à même de terminer l'accouchement toute seule en abaissant l'occiput.

La tête peut éprouver de grandes difficultés pour s'engager si les parties extérieures offrent trop de résistance. Il suffit assez souvent de les relâcher par les bains de vapeur, par des onctions avec des corps gras ou mucilagineux. Si, après avoir eu recours à ces divers moyens, leur résistance est encore supérieure aux

efforts qu'exerce la matrice pour expulser l'enfant, il faut appliquer le forceps, ou bien les diviser si leur étroitesse est extrême. J'ai prouvé ailleurs que l'on ne peut pas compter, parmi les causes qui peuvent arrêter la tête au passage, le peu de longueur du cordon ombilical, ou son entortillement autour du cou, l'arc-boutement ou l'enclavement des épaules qui sont retenues au détroit supérieur.

La tête peut être retenue au détroit inférieur à raison de son étroitesse. J'ai établi en règle générale qu'au-dessous de trois pouces le forceps ne convient pas pour extraire la tête. Je dois observer ici que, lorsque le rétrécissement existe dans la direction du pubis au coccyx, la mobilité dont ce dernier est susceptible peut faire que le forceps convienne pour un rétrécissement un peu plus grand : on pourroit, à raison de cette disposition, y recourir dans un cas où le diamètre coccy-pubien ne conserveroit que deux pouces et demi. Si le rétrécissement de l'un ou l'autre diamètre du détroit périnéal est excessif, ou la tête peut rétrograder aisément, ou elle ne le peut pas : dans le premier cas, c'est-à-dire, lorsque le détroit supérieur est suffisamment évasé, si l'enfant est vivant, on peut l'extraire par l'opération césarienne ou par celle de la symphyse du pubis : on a la faculté d'opter entre ces deux procédés ; mais si l'enfant est mort, on doit ouvrir le crâne, et appliquer ensuite les crochets. Si les deux détroits sont également rétrécis, et que la tête ne puisse plus rétrograder, je prouverai par la suite que, si l'enfant ne peut franchir sans ce moyen extrême le détroit périnéal, la gastro-hystérotomie est évidemment impraticable, et la section du pubis la seule qui puisse assurer les jours de l'enfant.

2°. *De l'Enclavement.*

On entend par enclavement cet état dans lequel la tête de l'enfant est serrée entre deux points opposés de bassin, de manière à ne pouvoir avancer par les seules forces de la femme, et à ne pouvoir rouler sur son axe ni exécuter aucun mouvement de pivot. Il est impossible de faire pénétrer aucun instru-

ment entre la tête et les points du bassin avec lesquels elle est en contact. L'immobilité de la tête, qui fait le caractère pathognomonique de l'enclavement, ne suppose pas, comme le veulent quelques auteurs, Delamotte, Deventer, Levret et Deleurie, qu'il doit toujours être impossible de la refouler avec la main au-dessus du point où elle est arrêtée. Je pense, avec Smellie et M. Baudelocque, que l'impossibilité de repousser la tête n'est pas une condition essentielle de l'enclavement, et que les cas où l'on ne pourroit pas y réussir doivent être fort rares, puisqu'elle passe d'un lieu resserré dans un endroit plus large, et qu'elle présente la forme d'un coin qui avance par sa partie la plus étroite. Mais je ne puis pas croire, avec M. Baudelocque, qu'il ne puisse jamais arriver qu'il soit impossible de remonter la tête avec la main seule. Il me paroît assez naturel de penser que l'enclavement peut quelquefois être assez considérable pour résister à l'action de la main; car la partie qui a traversé le détroit supérieur avec beaucoup de difficulté se tuméfie et acquiert un volume beaucoup plus considérable, parce que ce détroit fait sur elle l'office de ligature. La tuméfaction et l'augmentation de volume sont une suite nécessaire de toute ligature appliquée sur une partie vivante. Qu'y a-t-il de surprenant que la tête, qui n'a avancé que par les efforts les plus soutenus, ne puisse plus remonter après avoir acquis plus de volume, puisque l'effort exercé par la main qui tend à la repousser est moindre que celui qui l'a fait descendre? Il me semble qu'il doit se passer alors ce que nous voyons arriver lorsqu'un anneau très-étroit est introduit dans nos doigts : la partie se gonfle et s'oppose à sa sortie.

L'exemple suivant, cité par M. Baudelocque, semble démontrer qu'il est quelquefois impossible de repousser avec la main une tête qui est enclavée. Un accoucheur ayant pratiqué l'opération césarienne dans le cas d'enclavement, ne put venir à bout de dégager la tête qu'en faisant monter sur le lit de la femme un homme robuste, qui fût obligé de tirer de toutes ses forces sur le tronc, pendant qu'il refouloit lui-même l'occiput avec une main portée dans le vagin.

Une tête enclavée ne peut pas être comparée, relativement au bassin, à la pierre qui forme la clef d'une voûte : cette dernière reste constamment la même, quelle que soit la violence avec laquelle elle a été introduite; elle peut par conséquent toujours être repoussée par un effort égal à celui qui l'a engagée. Au contraire, la partie de la tête comprise au-dessous du détroit supérieur se tuméfiant considérablement si l'enfant est vivant, un effort bien plus considérable que celui qui l'a fait avancer deviendroit nécessaire pour triompher de l'obstacle qui s'opposeroit à son refoulement.

L'enclavement de la tête n'existe que dans certains points de sa circonférence ; les points de contact se trouvent toujours entre le pubis et le sacrum. Il est impossible, comme l'a admis Rœderer, que la tête de l'enfant soit serrée de toutes parts dans le bassin. Pour qu'une tête enclavée fût en contact avec tous les points du bassin, il faudroit qu'elle fût molle comme une vessie. Ce cas pourroit tout au plus se présenter dans une hydrocéphale interne portée au point d'égaler le volume de la tête d'un adulte.

La tête s'enclave toujours entre le pubis et le sacrum ; mais elle n'est pas toujours située de la même manière entre ces deux points : tantôt elle est fixée selon son épaisseur, tantôt selon sa longueur : dans le premier cas, ce sont les protubérances pariétales qui sont prises entre le pubis et le sacrum ; dans le second, c'est le front et l'occiput qui sont serrés entre ces deux points. La première espèce ne peut avoir lieu qu'autant que le bassin est resserré de manière à ne présenter que trois pouces et quelques lignes ; il faut encore que le sacrum ait moins de courbure qu'à l'ordinaire. L'autre espèce d'enclavement peut avoir lieu dans un bassin qui auroit trois pouces et demi.

Suivant M. Baudelocque, la tête ne peut s'enclaver qu'autant que le sommet avance le premier : quand elle s'engage par la face ou par l'occiput, elle peut s'arrêter, dit-il, au détroit inférieur, mais elle ne peut pas s'enclaver. Il combat l'opinion de Levret, qui pensoit que l'enclavement arrivoit le plus communément lorsque l'occiput descendoit le premier derrière la sym-

physe du pubis. Si Levret a voulu indiquer par là, ainsi qu'il paroît par ses écrits, que la tête qui avance par l'occiput s'enclavera plus facilement entre le pubis et le sacrum que si elle se présentoit dans une situation diagonale, cet énoncé est très-juste. Au détroit supérieur, qui est le seul point du bassin où la tête s'enclave, cette position n'est pas la meilleure qu'elle puisse prendre. Cette assertion ne seroit erronée qu'autant que Levret voudroit indiquer par là que la tête s'enclavera plus sûrement entre le pubis et le sacrum si elle présente l'occiput que si elle offre le vertex. En effet, la tête doit s'enclaver bien plus facilement lorsque l'occiput est retenu, soit au-dessus du pubis, soit au-dessus du sacrum, et qu'il cesse d'avancer tandis que le front continue de descendre. Dans l'un et l'autre cas la tête, en suivant cette marche, présente son plus grand diamètre qui tend à s'engager entre ces deux os : elle ne peut pas avancer, à moins qu'elle ne soit petite relativement à la largeur naturelle du bassin. Au contraire, quand elle avance par l'occiput, elle ne présente que sa hauteur ou son diamètre perpendiculaire. Quoique les dimensions que présente la tête entre le pubis et le sacrum soient moindres lorsqu'elle avance par l'occiput que si elle offroit le vertex, elle peut cependant s'enclaver si sa longueur, qui tend à passer entre ces deux points, surpasse l'étendue du bassin dans ce même sens. L'enclavement me paroît également possible (il doit être seulement plus rare) lorsque la tête s'enclave entre les deux protubérances pariétales ; il est absolument indifférent, pour que la tête s'enclave dans ce cas, qu'elle avance par le vertex ou l'occiput. Quelle que soit celle de ces régions qui se présente, l'épaisseur de la tête reste toujours la même. Lorsque la face se présente, le diamètre que présente la tête est plus étendu. Je ne vois pas non plus pourquoi elle ne pourroit pas s'arrêter au détroit supérieur et s'y enclaver. Je pourrois d'ailleurs citer plusieurs observations qui prouvent que la tête peut s'enclaver en présentant la face. Peut-on se former une autre idée de ces cas où l'on a été obligé d'appliquer le forceps pour la déplacer ?

Pour que l'enclavement ait lieu, il faut que le bassin ne

soit ni trop large ni trop étroit : si le bassin est fort large, la tête franchit dès les premières contractions de la matrice ; s'il est trop étroit, elle ne peut pas s'engager. Lorsqu'il existe entre les dimensions de la tête et celles du bassin un rapport propre à donner lieu à l'enclavement, il faut encore, de la part de la matrice et des muscles abdominaux, une action forte et soutenue. Que la cause prédisposante de l'enclavement dépende de la conformation vicieuse du bassin, ou bien de ce que la tête est trop volumineuse ou mal située, cet accident n'est jamais à craindre lorsque la femme est foible et épuisée : dans ce cas la tête peut s'arrêter, mais elle ne peut pas s'enclaver.

L'enclavement expose la mère et l'enfant à des accidens fâcheux : s'il dure long-temps, l'enfant perd presque toujours la vie ; les os du crâne sont déprimés et chevauchent les uns sur les autres, souvent ils se fracturent ; le cerveau s'engorge et il s'y forme des épanchemens.

La tête, en s'enclavant en vertu de contractions énergiques de la part de la matrice, contond les parties molles qui sont en contact avec elle ; le col de la vessie et son canal excréteur, l'orifice de la matrice, l'intestin rectum et les membranes qui forment le vagin, éprouvent les effets de cette compression ; l'inflammation s'empare de ces différentes parties, les urines se suppriment et la fièvre survient. Si quelquefois l'inflammation se dissipe après l'accouchement, souvent aussi, lorsque la tête a été enclavée pendant long-temps, la gangrène s'empare de la partie enflammée, et laisse après elle des ouvertures, soit au col de la vessie, soit à l'intestin rectum. Si la femme survit, les urines et les matières fécales s'écoulent par le vagin, et la femme est sujette le reste de sa vie à cette incommodité rebutante.

Dès que l'enclavement a des suites si fâcheuses pour la mère et pour l'enfant, il seroit extrêmement avantageux de le prévenir ; ou si, comme je vais le dire, l'incertitude des signes qui précèdent l'enclavement ne permet guère d'opérer avant qu'il existe, on doit le faire sans délai aussitôt qu'on l'a reconnu,

à moins que l'état où se trouvent les parties ne présente des indications plus pressantes. Souvent la saignée, les bains, les topiques émolliens, doivent être employés avant de procéder à l'accouchement; mais il ne faut pas oublier que l'enclavement est la cause première des accidens, et que tant qu'il subsiste ils ne peuvent pas cesser.

Les auteurs ont assigné un assez grand nombre de caractères au moyen desquels ils croient qu'on peut reconnoître qu'une tête s'enclavera; mais la totalité de ces signes peut se rencontrer dans des accouchemens où la tête éprouvera seulement de grandes difficultés pour traverser le bassin. Quelqu'avantageux qu'il soit pour l'un et l'autre individu de distinguer les cas où la tête s'enclavera de ceux où elle ne fera qu'éprouver de grandes difficultés pour se mouler à travers la filière du bassin, il est presqu'impossible d'acquérir cette connoissance dès le commencement du travail; car, pour porter ce jugement, il faut avoir égard à la forme du bassin, à la solidité des os du crâne, ainsi qu'à la force des contractions de la matrice : or, il est extrêmement difficile d'apprécier le degré de rétrécissement qui peut donner lieu à l'enclavement. Ce n'est guère que le temps qui peut nous apprendre si la solidité des os de la tête est telle qu'elle ne puisse se mouler à travers la filière du bassin, quoique rétrécie au point de faire craindre qu'elle ne s'enclave : il est encore plus difficile d'évaluer, dès le début du travail, si la femme aura des forces suffisantes pour enclaver la tête.

L'examen de ces caractères prouve encore plus rigoureusement qu'il est impossible de prévoir d'avance que la tête s'enclavera. La tuméfaction du cuir chevelu, le bourrelet que forme le col de la matrice au-dessous de la tête, l'engorgement des parois du vagin et celui des parties extérieures précèdent toujours, il est vrai, l'enclavement : ils en sont inséparables, et cet accident est à craindre toutes les fois qu'ils se rencontrent. Si l'enclavement n'a jamais lieu que ces phénomènes n'aient précédé, il ne survient pas toutes les fois qu'ils se manifestent : ces mêmes symptômes s'annoncent et

augmentent pendant la durée du travail, quoique la tête menace seulement de s'enclaver, et qu'elle franchisse après des efforts soutenus de la part de la femme.

Le gonflement des tégumens du crâne et celui du col de la matrice peuvent survenir, quoique la tête ne soit engagée en aucune manière entre les os du bassin; on les rencontre quoique le bassin soit tellement rétréci que la tête reste nécessairement au-dessus de la marge, quelle que soit l'énergie des contractions de la matrice. La compression qu'éprouve le cuir chevelu sur le rebord du bassin suffit pour faire naître tous ces effets dans le même ordre que si elle s'enclavoit. On a vu dans ce cas le cuir chevelu se gonfler au point d'occuper une partie du vagin; ce qui pourroit porter à croire que la tête descend, tandis qu'elle est encore entièrement au-dessus du bassin. Quand on n'a pas encore l'habitude du toucher, on pourroit croire que la tête commence à descendre, parce qu'on la sent auprès de la symphyse du pubis, le bassin ne présentant dans cet endroit que dix-huit lignes de profondeur. Pour ne pas se tromper, il faut porter le doigt jusque vers le sacrum pour voir si l'on sent la tête : si elle se présente à peine, elle est encore au-dessus du détroit; elle est engagée d'un tiers lorsqu'on la sent vers le milieu du sacrum.

Le gonflement des tégumens de la tête peut même être produit par une cause différente de la pression qu'elle éprouveroit entre les os du bassin. Si l'orifice de la matrice conserve de la dureté après l'ouverture de la poche des eaux, il peut faire l'office de ligature sur la tête et donner lieu à une tuméfaction semblable : on peut cependant distinguer le gonflement produit par la pression que la tête éprouve contre la surface du bassin, de celui qui est dû à la roideur de l'orifice, en ce que, dans le premier cas, la tuméfaction s'étend jusqu'à l'endroit où le détroit fait l'office de ligature sur cette partie, et que l'orifice lui-même est tuméfié et douloureux; tandis que, dans le second cas, elle ne s'étend pas au-delà du bourrelet formé par l'orifice.

Que la tête s'enclave réellement, ou qu'elle menace seule-

ment de s'enclaver, dans l'un comme dans l'autre cas, il se forme des plis plus ou moins considérables dans les endroits où les os du crâne chevauchent les uns sur les autres ; les tégumens se gonflent et donnent lieu en s'avançant à une tumeur large et élastique que l'accoucheur rencontre avec son doigt. La tension, l'accroissement de cette tumeur sont souvent les seuls signes que nous ayons pour reconnoître si l'enfant est encore vivant. Quoique la tête s'avance lentement et avec beaucoup de difficulté, on doit peu craindre qu'elle s'enclave si le détroit seul est rétréci, et que l'excavation ait sa largeur ordinaire, parce que la tête n'éprouve de frottement que dans un point; dès que sa plus grande épaisseur a franchi le détroit, elle n'éprouve plus d'obstacles, parce qu'elle passe dans un lieu plus large ; mais si le sacrum est aplati, la tête s'enclavera si la femme est forte, parce qu'elle éprouve dans toute la longueur de l'excavation les mêmes frottemens qu'en traversant le détroit.

On doit procéder différemment à l'extraction d'une tête enclavée, suivant que l'enfant est vivant ou mort. Si l'on est certain de la mort de l'enfant, on doit commencer par ouvrir méthodiquement le crâne pour entraîner ensuite la tête avec les crochets, qu'il faut, dans ce cas, préférer au forceps : par ce moyen on fait cesser les points de contact qui constituent l'enclavement, tandis que le forceps les laisse subsister dans leur entier, s'il ne les augmente pas.

Mais les crochets, qui méritent la préférence lorsque l'enfant est mort, doivent être proscrits lorsqu'il est vivant, parce qu'ils lui donneroient nécessairement la mort. Depuis l'invention du forceps, qui peut, dans un grand nombre de cas, sauver l'enfant sans exposer la mère à des accidens, on ne peut pas, pour sauver cette dernière, sacrifier l'enfant, comme le faisoit Mauriceau, en ouvrant le crâne pour l'extraire avec les crochets, ou attendre sa mort, avec Lamotte, pour recourir au même moyen. Si l'on étoit réduit à la triste nécessité d'opter entre le précepte de Mauriceau et celui de Lamotte, il faudroit accorder la priorité à celui de Mauriceau ; car, en attendant la mort de l'en-

fant, on expose ses jours. Mais je ferai voir tout-à-l'heure que le forceps ne peut pas convenir dans tous les cas d'enclavement, et qu'il en est où son application donneroit nécessairement la mort à l'enfant.

Enclavement de la tête suivant sa longueur.

La tête, ainsi enclavée, peut présenter tantôt l'occiput, tantôt le front vers le pubis : dans l'un et l'autre cas, les points de contact existent en avant et en arrière, mais les côtés du bassin sont libres : la tête peut s'enclaver dans cette direction, quoique le diamètre antéro-postérieur ait presque son étendue naturelle. Cette circonstance nous dicte que l'on ne doit pas entraîner la tête dans la position où se présente l'occiput, soit qu'il regarde le pubis ou bien le sacrum ; mais que l'on doit lui donner avec le forceps une situation diagonale ou transversale, qui fasse que son petit diamètre soit dans la direction du plus petit du détroit abdominal : par là on diminue les frottemens, et l'on rend l'extraction de la tête moins dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

Ce déplacement s'opère par un procédé absolument semblable, soit que l'occiput ou le front se présente vers le pubis. Dans l'une et l'autre position, il faut placer les branches sur les côtés de la tête qui répondent aux côtés du bassin, et les enfoncer d'environ six pouces pour embrasser convenablement la tête. Pour désenclaver la tête et pour la porter au-dessus du détroit, il ne faut pas la repousser directement, mais l'ébranler en portant le forceps tantôt vers une cuisse, tantôt vers l'autre, comme on le pratique pour arracher un clou ; la tête étant ainsi ébranlée, il est toujours possible de la faire remonter. On tourne ensuite l'occiput ou le front vers le côté gauche du bassin, et on l'entraîne, en suivant les règles que j'indiquerai pour les cas où il s'agit de saisir une tête libre au-dessus du détroit.

Enclavement de la tête suivant son épaisseur.

La tête ne peut s'enclaver dans ce sens qu'autant que le détroit supérieur a moins de trois pouces et demi d'épaisseur, ou que la tête a des dimensions plus grandes que dans l'état naturel. Si l'enfant est mort, on doit l'extraire avec les crochets, après avoir vidé le crâne; s'il est encore vivant, il faut d'abord essayer, comme l'a conseillé Smellie, de la repousser avec la main, pour placer ensuite les branches du forceps sur les côtés, ce qui est impossible tant qu'elle est enclavée suivant son diamètre transversal. Le plus souvent il est encore possible de refouler la tête, et si l'on ne pouvoit pas venir à bout de la désenclaver lorsqu'elle est ainsi fixée entre les deux protubérances pariétales, les efforts nécessaires pour produire un enclavement aussi exact auroient probablement donné la mort à l'enfant. Cette circonstance offriroit l'indication d'entraîner la tête avec les crochets après avoir ouvert méthodiquement le crâne afin de le vider, et faire cesser par ce moyen les points de contact qui constituent l'enclavement, tandis que le forceps les laisse subsister dans leur entier, s'il ne les augmente pas.

Mais si l'on rencontroit un cas d'enclavement où la tête d'un enfant vivant fût tellement serrée entre les deux protubérances pariétales, qu'il fût impossible de faire cesser les points de contact par l'action de la main, pourroit-on placer une branche du forceps sur l'occiput et l'autre sur la face, pour extraire ensuite l'enfant? L'application du forceps faite d'après ces principes est inadmissible, parce qu'elle tueroit nécessairement l'enfant. Pour s'enclaver, la tête a déjà été forcée de s'affaisser fortement d'une protubérance pariétale à l'autre, par les seuls efforts de la nature. Si, pour triompher de l'obstacle que la nature éprouve à opérer une réduction plus grande, on applique les branches du forceps de manière que l'une agisse sur l'occiput et l'autre sur la face, la tête est pressée en quatre directions différentes. La compression opérée par le forceps suivant le diamètre de la tête qui s'étend du front à l'occiput, doit

être très-grande; car on doit employer assez de force pour contraindre la tête à s'affaisser encore suivant son épaisseur. Cette application, loin de faire cesser les points de contact de la tête avec le pubis et le sacrum, les augmenteroit plutôt, s'il étoit vrai de dire, comme le veulent quelques accoucheurs, qu'elle s'allongeât dans un sens quand on la comprime dans un autre avec le forceps.

De l'aveu de tous les accoucheurs méthodiques, le forceps est contre-indiqué toutes les fois que la main ne suffit pas pour réduire suffisamment la tête entre les serres de l'instrument, parce qu'il contond et déchire les parties de la femme qui tapissent la marge du bassin, à travers laquelle on s'efforce de la faire passer; or, lorsque le forceps comprime la tête de l'occiput au front, il ne tend pas à la réduire dans le diamètre où elle est trop épaisse; c'est seulement une puissance que l'on emploie pour la forcer à s'affaisser entre le pubis et le sacrum. Mais n'est-il pas évident qu'une traction suffisante pour produire cet effet seroit funeste à la mère, dont les parties molles interposées entre les points de contact éprouveroient une pression égale à celle de la tête, sur laquelle agiroient le pubis et le sacrum? Une force suffisante pour triompher de cette résistance compromettroit manifestement les jours de la mère et ceux de l'enfant, dont la tête, pressée en quatre points diamétralement opposés, éprouve nécessairement une réduction plus grande que celle de quatre à cinq lignes, au-delà de laquelle elle ne peut pas être portée au moyen de cet instrument, sans courir le danger de lui faire perdre la vie. A réduction égale, les effets de cette application seroient encore plus funestes, parce que la tête est saisie dans une direction plus défavorable.

Il me paroît si certain que le forceps, appliqué dans cette circonstance, en exposant beaucoup la mère, donneroit nécessairement la mort à l'enfant, que si ce moyen étoit l'unique que pût offrir l'art, j'aimerois mieux, avec Mauriceau, percer le crâne que de recourir à ce procédé; car si on tue également l'enfant, on a l'avantage de ne pas contondre les parties de

la femme ; mais je suis bien éloigné de conseiller la conduite de Mauriceau. Si, de l'aveu du professeur Baudelocque, l'opération césarienne est impraticable dans cette circonstance, parce que la tête ne pourroit pas remonter, la section de la symphyse du pubis peut donner la facilité d'amener l'enfant vivant ; elle seroit même moins dangereuse que dans les cas ordinaires, parce qu'il faudroit peu d'écartement entre les os pubis pour faire cesser les points de contact, la bosse pariétale qui répond au pubis s'engageant dans le vide que laisseroient entre eux les deux os : le cas seroit assez favorable pour confier ensuite l'expulsion de l'enfant aux efforts de la nature. L'observation communiquée par M. Mansuy prouve que la délivrance peut encore être de son domaine.

Si l'on se décidoit à appliquer les branches sur l'occiput et sur la face, il faudroit les placer sur les côtés de la tête dès qu'elle est parvenue dans l'excavation.

§ III. *Application du forceps lorsque la tête est encore au-dessus du détroit supérieur.*

On peut aller saisir la tête au-dessus du détroit abdominal dans deux circonstances différentes : dans un cas, la tête se présente la première ; dans l'autre, le tronc est entièrement au-dehors. Smellie est le premier qui ait donné le précepte d'aller saisir la tête avec le forceps lorsqu'elle est encore retenue au-dessus du détroit supérieur : c'est pour ce cas qu'il a fait construire un forceps plus long, auquel il ajouta une courbure sur ses bords.

1°. *De l'Usage du forceps quand la tête, qui plonge la première, est encore au-dessus du détroit supérieur.*

Smellie, enhardi par l'exemple d'un certain Pudécomb, qui, comme il le rapporte, avoit amené dès l'année 1743, avec le forceps, la tête d'un enfant qui étoit encore au-dessus de l'entrée du bassin, a donné dans son ouvrage le précepte d'imiter la hardiesse de cet accoucheur. Non-seulement Smellie a connu

la possibilité de porter le forceps au-dessus du détroit pour y saisir la tête qui est encore mobile, mais encore il avoit connu qu'il seroit plus avantageux, lorsque la tête est enclavée suivant son épaisseur entre le pubis et le sacrum, de la repousser au-dessus du détroit abdominal pour placer ensuite les branches sur ses parties latérales, que l'on eût été obligé d'appliquer sans cette précaution sur l'occiput et sur la face.

Ce précepte de Smellie est devenu un sujet de dissention parmi les accoucheurs modernes, dont les uns, parmi lesquels on compte Saxtorph (*Theoria de diverso Partu*), Plenck, ne veulent pas que l'on applique le forceps si la tête est encore placée au-dessus de l'entrée du détroit supérieur. M. Herbiniaux, accoucheur à Bruxelles, s'élève aussi avec beaucoup d'aigreur contre cette manière d'opérer, et prononce qu'elle est non-seulement inutile, mais qu'elle seroit très-dangereuse. Mais cet auteur paroît être conduit plus par une espèce d'animosité contre M. Baudelocque que par l'amour de la vérité; partout on voit qu'il se propose de faire rejeter le forceps et de lui substituer le lévier. D'autres, au contraire, en plus grand nombre, Rœdérer, Stein, Solayrès, Deleurie, MM. Baudelocque, Dubois, Flamant, prétendent que dans quelques cas on peut obtenir d'heureux effets de cet instrument porté au-dessus du détroit.

Aussi tous les accoucheurs qui ont employé le forceps dans cette circonstance conviennent, comme l'avoit déjà reconnu Smellie, qu'il est très-difficile de bien saisir la tête avec cet instrument lorsqu'elle est encore au-dessus du bassin, quand même celui qui l'emploie auroit déjà l'habitude de s'en servir. On convient assez généralement avec Smellie qu'il peut en résulter quelquefois tant d'inconvéniens, qu'on ne doit préférer le forceps qu'autant que l'enfant courroit trop de danger en le retournant pour l'amener par les pieds, ou que le défaut de largeur du détroit abdominal s'opposeroit à sa sortie. Il ne suffit pas qu'un accident exige de terminer l'accouchement lorsque la tête est encore au-dessus de la marge du bassin, pour se décider à préférer le forceps; il faut encore

que les circonstances soient telles que tout autre moyen seroit plus dangereux pour l'enfant. M. Flamant est un des premiers qui ont donné le précepte de toujours aller saisir la tête avec le forceps au-dessus du détroit abdominal, plutôt que de recourir à la version par les pieds, quelle que soit la circonstance qui ne permette pas de confier le travail à la nature. Les avantages qui doivent résulter de cette pratique pour l'enfant sont si grands, que je ne serois pas éloigné d'adopter ce précepte. Dans le cas où l'on ne pourroit pas réussir, les tentatives qu'auroit faites un accoucheur habitué à manier cet instrument seroient toujours sans inconvéniens pour l'un et pour l'autre individu.

Premier cas. Le défaut de largeur du bassin au détroit supérieur est une des circonstances qui doivent déterminer plus impérieusement à donner la préférence au forceps sur l'extraction de l'enfant par les pieds, lorsque le détroit n'est pas resserré au point que la tête ne puisse pas s'y engager, même après avoir éprouvé entre les serres de l'instrument la réduction dont elle est susceptible : au-dessous de trois pouces, ou tout au plus de deux pouces trois quarts, il est absolument contre-indiqué : dans une conformation semblable, le forceps ne peut pas extraire l'enfant entier. Dans le cas où le forceps est indiqué à raison du rétrécissement du détroit supérieur, si l'on éprouvoit trop de difficulté à saisir la tête qui est mobile, on pourroit encore aller chercher les pieds et amener la tête au détroit pour terminer ensuite l'accouchement avec le forceps, le tronc de l'enfant étant au-dehors.

Deuxième cas. Si la femme est atteinte, à une époque du travail où la tête est encore au-dessus du détroit abdominal, de convulsions qui exigent d'opérer l'accouchement sans délai, on doit préférer le forceps. La matrice étant agglutinée sur le corps de l'enfant, il seroit très-difficile et très-dangereux d'introduire la main dans ce viscère pour aller chercher les pieds. L'effort qu'il faudroit faire pour l'y insinuer et pour la porter jusqu'aux pieds aggraveroit les convulsions. Le forceps irrite moins la matrice et me paroît devoir mériter la préférence lorsque cette

circonstance urgente nécessite la terminaison de l'accouchement, d'autant plus qu'il est plus facile à appliquer dans ce cas, parce que la tête, quoique encore située au-dessus du détroit supérieur, n'est plus mobile comme à l'ordinaire.

Troisième cas. Quelle que soit la circonstance qui nécessite de terminer l'accouchement, si l'orifice de la matrice est médiocrement dilaté et encore très-dur, il y auroit plus de raison de préférer le forceps qui, présentant au col de la matrice un plan incliné, favorise son glissement, et par suite le dégagement de la tête. D'ailleurs, dans cet état de dureté et de résistance du col de la matrice, la poitrine et le cordon ombilical sont fortement comprimés, et exposent la vie de l'enfant.

Positions où l'occiput répond au pubis ou au sacrum.

Ces positions sont les plus avantageuses pour l'application du forceps sur les côtés de la tête; on le conduit alors avec moins de peine; mais on jouit rarement de cet avantage lorsqu'il est nécessaire d'appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur. Nous avons vu que l'occiput ou le front regardoient rarement la symphyse du pubis pendant le cours du travail. Si la tête s'arrête, c'est qu'elle présente son grand diamètre au plus petit détroit supérieur. Si le rétrécissement est assez considérable pour exiger que l'on applique le forceps, on conduit les branches sur les côtés de la tête et du bassin, à la profondeur de sept à huit pouces, et jusqu'à ce que le pivot destiné à leur jonction touche la vulve. Si deux doigts ne suffisent pas pour les diriger aussi haut, on peut se servir de toute la main, le pouce excepté.

On commence par introduire la branche mâle, que l'on dirige avec quelques doigts de la main droite, que l'on porte au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Quand le bout de la cuiller est parvenu vers les doigts, on baisse insensiblement l'extrémité qui est au-dehors, à mesure qu'elle avance sur le côté de la tête. On baisse beaucoup plus la branche que lorsque la tête occupe le fond du bassin : on observe les mêmes règles en plaçant la branche femelle. Les doigts de la main gauche introduits vers la symphyse sacro-iliaque droite, et au-

dessous du col, doivent diriger l'extrémité de la pince de manière qu'elle embrasse la protubérance pariétale.

On réunit les branches, et on les rapproche par le moyen d'une serviette roulée; on place ensuite l'occiput vers l'un des côtés du bassin, et de préférence à gauche. Cependant, si le bassin étoit plus resserré vers le côté gauche, on tourneroit la tête à droite. Pour opérer ce déplacement, on place la main gauche vers les parties extérieures, et la droite à l'extrémité de l'instrument. Pendant qu'on roule la tête, le doigt index de la main placée vers les parties de la femme doit être appliqué sur la région du vertex, entre les deux cuillers, pour fixer le menton contre la poitrine.

Pour faire franchir le détroit supérieur à la tête, on doit tirer en en bas autant que le permettent les parties extérieures, et porter l'instrument vers la cuisse gauche : c'est la direction de l'axe du détroit supérieur. En tirant horizontalement, on arc-boute la tête contre le rebord du détroit; faute de cette précaution, on peut ne pas réussir à extraire la tête, quoique le rétrécissement du détroit ne soit pas très-considérable. Quand la tête est parvenue dans l'excavation, on termine l'accouchement comme à l'ordinaire. Avant de ramener l'occiput sous l'arcade du pubis, on relève l'extrémité du forceps.

J'ai dit qu'il résultoit des recherches faites par M. Dupuytren, qu'avant l'époque de la puberté, le diamètre antéro-postérieur étoit plus étendu que le diamètre transversal. Si cette disposition subsistoit encore chez une femme pubère, il conviendroit dans ce cas, qui ne se rencontre que rarement, d'entraîner la tête dans sa première direction, en relevant le front le plus que l'on pourroit, pour que la tête ne présente plus au diamètre antéro-postérieur que sa hauteur et non sa longueur, comme elle le feroit sans cette précaution.

La position où le front est appuyé contre la symphyse du pubis est moins favorable, parce que la face est en-dessus, et qu'elle doit être ramenée sous le pubis par la rotation. On détourne le front de dessus le pubis, et on le porte vers le côté gauche du bassin. Si l'un des côtés de cette cavité étoit plus resserré

que l'autre, c'est vers le point le plus retréci que l'on devroit diriger le front, puisque les dimensions de cette dernière partie sont moindres que celles de l'occiput. Lorsque le front a été ramené vers l'arcade du pubis, on dégage d'abord l'occiput en relevant l'instrument jusqu'à ce que la nuque paroisse à la vulve. Dans cet instant on renverse l'occiput en arrière, et l'on voit les diverses parties de la face se dégager de dessous l'arcade, à mesure que la nuque se contourne sur le périnée.

Lorsque la tête est retenue au-dessus du détroit, il est encore bien plus nécessaire d'appliquer les branches, de manière que leur nouvelle courbure regarde le front plutôt que l'occiput. Les inconvéniens qu'il y a de placer la convexité des branches derrière le pubis seroient bien plus grands que lorsque la tête occupe la cavité du bassin : il seroit impossible de la faire descendre, parce que la convexité des cuillers s'arc-boute contre le détroit.

Positions dans lesquelles l'occiput répond à l'un des côtés du bassin, et le front à celui du côté opposé.

Je considère ici la situation de la tête comme transversale plutôt que comme diagonale, parce que, pendant qu'on introduit la première branche, elle se place presque toujours en travers, quoiqu'avant la pression exercée sur les côtés pour conduire la première branche, elle fût située diagonalement au détroit supérieur : en sorte que pour l'application du forceps, surtout quand le bassin est resserré d'avant en arrière, les positions diagonales doivent être considérées comme transversales, parce que la mobilité de la tête ne lui permet pas de conserver sa position primitive.

Si la tête conservoit sa position diagonale pendant l'application du forceps, ce qui peut arriver lorsqu'on y a recours à l'occasion d'une convulsion, il n'en seroit que plus facile de conduire les branches sur les côtés de la tête. On opéreroit comme dans les cas où la tête occupe le fond du bassin dans la position correspondante : seulement on enfonceroit davantage

les branches, et on baisseroit l'extrémité externe autant que le permettroient les parties externes de la femme.

Quoiqu'il soit plus difficile de conduire les branches du forceps sur les côtés de la tête, que d'en porter une sur la face et l'autre sur l'occiput en suivant les côtés du bassin, l'on ne peut pas pour cela adopter cette méthode conseillée par Deleurie, parce qu'il y a beaucoup de danger d'appliquer une branche sur la face. En saisissant la tête selon cette direction, elle est pressée en quatre sens lorsqu'elle franchit le détroit, suivant son épaisseur, entre le pubis et le sacrum, et selon sa longueur, par les branches de l'instrument qui agissent sur la face et sur l'occiput, ce qui expose l'enfant à des accidens d'autant plus graves, que la réduction que doit éprouver la tête entre les deux bosses pariétales est plus grande.

On doit placer les branches, l'une dessous le pubis et l'autre au-devant du sacrum, où se trouvent les côtés de la tête; il faut toujours conduire la première celle qui doit être sous le pubis, parce qu'elle est plus difficile à conduire, et que les difficultés croîtroient si l'on conduisoit d'abord la branche qui doit être vers le sacrum.

Si l'occiput répond au côté gauche du bassin, on conduit la branche femelle sous le pubis de la manière suivante : quelques doigts de la main gauche sont conduits sous l'orifice de la matrice, au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; on fait avancer la branche que l'on tient de la main droite jusqu'à ce qu'elle soit parvenue vers le haut du front que la cuiller doit embrasser. Pour la porter ensuite sous le pubis, on place les doigts introduits dans le vagin sur le bord convexe de la cuiller. Pour que cette branche passe plus facilement sur la face et sur la tempe de l'enfant, pendant qu'on tâche de pousser la cuiller vers le pubis, on abaisse de l'autre main son extrémité externe. Les doigts de la main gauche servent aussi à conduire l'autre branche le long du sacrum; on entraîne la tête en tirant en bas autant que le permettent les parties extérieures.

Quand l'occiput répond au côté droit du bassin, on place la branche mâle sous le pubis, et la femelle au-devant du sacrum,

de manière que leur nouvelle courbure regarde l'occiput, qui doit être ramené par la suite vers la symphyse du pubis. On suit les mêmes règles pour introduire les branches que dans la position précédente. Le forceps appliqué, on place la main gauche à l'extrémité de l'instrument, et la droite très-près de la vulve; le doigt index est plongé dans le vagin entre les deux cuillers, pour maintenir la tête dans sa flexion naturelle, pendant qu'on tire en en bas et vers la cuisse droite. Le reste comme dans la position précédente.

2°. *Application du forceps pour extraire la tête lorsque le tronc de l'enfant est entièrement au-dehors.*

Si l'enfant court des dangers de perdre la vie dans tous les accouchemens où les pieds se présentent, ils sont bien plus grands quand le bassin est resserré. Smellie s'aperçut que la mort de l'enfant étoit presque certaine, soit que l'on abandonnât son expulsion aux efforts de la nature, soit que l'on tirât avec force sur les parties qui sont au-dehors. Convaincu que lorsqu'il existoit une disproportion entre les diamètres de la tête et ceux du bassin, l'enfant périt du tiraillement et du déchirement de la moelle épinière, si on exerce des tractions fortes sur le tronc, il conseilla le forceps, qui, agissant sur la partie qui est trop volumineuse, lui parut le seul moyen qui pouvoit sauver l'enfant.

On doit employer le forceps pour extraire la tête, même après la mort de l'enfant, si le rétrécissement est assez considérable pour faire craindre qu'on ne sépare cette partie d'avec le tronc en tirant avec force sur les parties qui sont au-dehors. Si le rétrécissement est si considérable que le forceps ne pourroit pas réduire suffisamment la tête, on doit vider le crâne. Quoique l'enfant soit mort, on doit cependant éviter avec soin la détroncation; car il est plus difficile d'extraire la tête quand elle est séparée du tronc que quand elle est encore unie à cette partie.

Le plus communément, lorsque la tête s'arrête dans les accouchemens où l'enfant présente les pieds, l'obstacle qui la retient se rencontre au détroit supérieur; il peut cependant quel-

quefois se présenter seulement au détroit inférieur. Outre le rétrécissement de l'un des diamètres de ce détroit, l'épuisement de la femme, une hémorrhagie grave, sont encore des circonstances qui peuvent exiger que l'on applique le forceps, quoique le sommet de la tête soit déjà dans l'excavation. Quelque rapprochée que soit la tête de la vulve, les mains seules ne peuvent pas extraire l'enfant, à moins que le bassin ne soit vaste relativement au volume de la tête.

Comme l'application des branches se fait de la même manière, soit que la tête soit arrêtée au détroit périnéal, soit qu'elle soit retenue par le détroit abdominal, je la supposerai toujours au-dessus de la marge du bassin pendant que le tronc est au-dehors, parce qu'il est bien plus difficile de conduire les branches dans ce cas.

Positions dans lesquelles l'occiput est situé derrière le pubis ou vers le sacrum pendant que le tronc est au-dehors.

On suppose toujours qu'il existe une disproportion qui rend l'extraction de l'enfant impossible ou dangereuse par l'action seule de la main : on commence par dégager les bras, que l'on enveloppe avec le même linge dont le tronc est entouré ; un aide relève ensuite le tronc vers le pubis; puis on porte les branches sur les côtés du bassin où se trouvent les parties latérales de la tête. On observe, dans leur introduction, les règles que j'ai tracées pour les cas où le sommet de la tête se présente; on commence par la branche mâle; les branches réunies et fixées, on saisit l'extrémité du forceps de la main droite, et le milieu de la main gauche. Si la tête commençoit à s'engager dans le bassin, avant de la repousser, on doit l'ébranler en portant alternativement les branches vers l'une ou l'autre cuisse de la femme. Après l'avoir déplacée, on lui donne une position transversale; on se conduit, pour l'entraîner dans l'excavation et pour la faire descendre suivant l'axe du détroit, comme je l'ai prescrit pour les cas où le sommet de la tête se présente.

L'aide qui soutient le corps de l'enfant doit tourner le dos vers le côté gauche lorsque l'accoucheur porte l'occiput vers ce

même côté du bassin ; il doit, au contraire, porter le dos à droite si le front a été tourné à gauche ; il doit ramener tantôt le plan antérieur, tantôt le plan postérieur en-dessus, selon que c'est l'occiput ou le front que l'on dirige derrière la symphyse du pubis. L'aide doit faire suivre au tronc les mêmes mouvemens que l'opérateur imprime à la tête.

Lorsque la face correspond au pubis et l'occiput au sacrum, et que la tête est assez étroitement engagée pour que le forceps devienne nécessaire pour la déplacer, l'on éprouveroit souvent beaucoup de difficulté pour dégager les bras. Si après quelques tentatives faites dans la direction que j'ai indiquée pour ce cas particulier, on craignoit de ne pouvoir venir à bout de les abaisser sans s'exposer à les fracturer, il seroit plus avantageux d'y renoncer et d'appliquer le forceps, nonobstant que les bras soient encore relevés le long des parties latérales de la tête. La manœuvre que je conseille ici me paroît justifiée par celle au moyen de laquelle on a réussi à extraire l'enfant vivant avec le forceps, quoique l'un des bras placé sur les côtés de la tête, qui étoit parvenue dans l'excavation, y formât un sillon profond. Peut-être, dans ce cas, pourroit-on appliquer le forceps sans saisir les bras entre les serres de l'instrument.

M. Baudelocque conseille d'introduire les branches en-dessus du corps de l'enfant, que l'on porte en arrière. Il seroit bien plus facile de conduire les branches en-dessous qu'en-dessus : en sorte que M. Baudelocque lui-même recommande cette méthode lorsqu'on éprouve trop de difficulté à les insinuer en-dessus. Je préfère, dans tous les cas, placer les branches en-dessous de l'enfant, que l'on fait relever par un aide vers l'abdomen de sa mère : en mettant le forceps en-dessus, il est très-difficile de tirer la tête suivant la direction de l'axe du détroit, parce qu'on ne peut pas baisser son extrémité autant qu'il est nécessaire. M. Baudelocque trouve un inconvénient à cette manœuvre ; ce qui fait qu'il ne la conseille que dans les cas où l'autre seroit impossible : il pense qu'on ne peut pas extraire la tête quand elle est parvenue dans l'excavation sans changer la situation des branches. Je conviens qu'elles sont si-

tuées moins favorablement lorsqu'on veut dégager la face de dessous le pubis en renversant l'occiput en arrière : on peut cependant en venir à bout sans inconvéniens, mais seulement avec un peu plus de difficulté, quoique les branches de l'instrument soient en-dessous.

Cette position ne présente de différence essentielle que lorsqu'on a ramené la face sous le pubis et que l'on veut achever d'extraire la tête. Lorsqu'on a dégagé une partie de l'occiput en relevant l'instrument, pendant qu'on le porte alternativement vers l'une ou l'autre cuisse de la femme, on doit alors le renverser vers le périnée pour dégager la face de dessous l'arcade. Le doigt index de la main gauche, qui soutient cette cloison pour en prévenir la rupture, supporte l'effort que feroit le cou de l'enfant sur cette partie, qui devient le centre du mouvement qu'exécute la tête au moment où l'on renverse l'occiput.

Positions dans lesquelles la tête se présente transversalement au-dessus de la marge du bassin après la sortie du tronc.

La tête ne peut être retenue au-dessus du bassin dans une situation diagonale ou transversale qu'autant que le diamètre qui s'étend du pubis au sacrum a moins de trois pouces et demi. C'est dans cette situation que la tête s'arrête le plus souvent au détroit supérieur. On commence par dégager les bras; on conduit ensuite les branches du forceps de manière que leur nouvelle courbure réponde à l'occiput, que l'on doit ramener sous le pubis. On introduit la première la branche qui doît être placée sous la symphyse du pubis.

Quand l'occiput répond au côté gauche du bassin, on porte la branche femelle vers le côté droit pour la diriger ensuite derrière le pubis. Pour faciliter cette introduction, un aide incline le tronc vers l'aîne gauche, pendant que quelques doigts de la main gauche dirigent l'extrémité de la cuiller jusque sur la joue, pour éviter qu'elle s'arrête sous la mâchoire. Pendant qu'on plonge cet instrument jusqu'à la hauteur du front, on a à craindre qu'il ne s'introduise dans la bouche ou qu'il ne ren-

contre le nez. On place ensuite le bout des doigts sur son bord convexe pour le conduire sous le pubis, en le faisant passer sur le milieu de la face et sur la tempe. Pendant ce temps, l'autre main baisse l'extrémité externe, de manière que le crochet qui termine la branche regarde l'horizon : l'autre branche doit être placée vers le sacrum. Après avoir réuni les branches et les avoir assujetties, on opère comme dans la première position.

La position transversale dans laquelle l'occiput répond au côté droit du bassin ne présente aucune différence dans la manière de conduire les branches. On commence par la mâle, que l'on place sous le pubis, avec les mêmes précautions que dans le cas précédent, pour éviter qu'elle rencontre la mâchoire, la bouche ou le nez, où elle pourroit s'arrêter. La branche femelle est placée au-devant du sacrum. Pour introduire la première branche, on incline le tronc vers la cuisse droite : tout le reste comme dans la position précédente.

FIN DU SECOND VOLUME.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS CE VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU SECOND VOLUME.